

生活用品の使用に係る同意書

那須脳神経外科病院 院長 様

私は、那須脳神経外科病院入院後に希望により使用した生活用品(下記料金表参照)の料金を入院療養費の請求に合わせてお支払いすることに同意します。

《料 金 表》

改訂日:2021.2.1

品 名	使用開始日	個 数	料金 (税込み)	備 考
オムツ		1 枚	¥220	
オムツ(リハビリパンツ)		1 枚	¥110	
尿取りパッド(ライナー)		1 枚	¥55	
安心シート		1 枚	¥110	
おしりケア用品		1 回	¥55	(ネオ洗浄液・吸水タオル 2 枚使用)
おしりナップ(赤) 66 枚入		1 個	¥143	
おしりナップ(白) 80 枚入		1 個	¥143	
ビニール袋		100枚	¥715	洗濯物等を使用
手袋		100枚	¥363	使い捨てタイプ
食事用エプロン		60枚	¥1,100	使い捨てタイプ
お食事セット		1 組	¥220	(箸・スプーン・フォーク・コップ 各1個)
スリッパ		1 組	¥330	
ボックスティッシュ		1 箱	¥220	
タオル		1 枚	¥220	
病衣貸出代		1日あたり	¥110	

※上記の生活用品は、希望によりご使用された使用量に応じて請求をさせていただきます。

上記、利用料金を確認した上で、____年 ____月 ____日より申し込み致します。

【申込者】

患者氏名 _____

電話番号

患者住所 _____ () _____

保証人氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号

保証人住所 _____ () _____

____年 ____月 ____日 説明者 _____