

病衣(ねまき)使用の確認

私 _____ は、貴病院に入院するにあたって、

☐ 病衣を開始します。(1日につき78円)

使用期間 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~

☐ 私服を使用します。

使用期間 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~

※病衣をご利用の方のみ下記の「同意書」をご記入下さい。

同 意 書

医療法人禄寿会

小禄病院 院長 殿

私は、貴病院に入院するにあたって、下記の料金で病衣を使用することに同意いたします
また、病衣の使用料は、毎月の入院費と一緒に支払うことを確約いたします。

記

病衣使用料:1日につき78円(税込み)

※着替えの回数にかかわらず1日78円です。

住所 _____

氏名(患者名) _____

代理人の場合 _____

続柄(_____)

記入日: 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日