

患者ID:

## 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100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、下記の料金を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100円(税込み)

※着替えの回数にかかわらず1日100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