

入院申込書

| | |
|-------|--|
| 患者氏名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 緊急連絡先 | |

保険証、医療症、入院保証金を添えて入院時に窓口へご提出ください。
生活保護受給者、定期往診(自宅・施設)の方、入院保証金は不要です。

保険外自費負担に関する同意書について

当診療所では公的保険診療外でご使用される必要品購入のご協力を頂いております。

保険外自費負担が発生する場合は、以下の金額を請求しております。

同意書に署名をお願いします。

保険外自費負担(一部抜粋)

| | |
|---------------------|----------------|
| 使い捨て手袋 200枚入り1箱 | 1800円 |
| おむつ(高吸収テープ) 1枚 ML/L | 220円/230円 |
| おむつ(ロングパッド) 1枚 | 100円 |
| リハビリパンツ 1枚 M/L/LL | 130円/150円/170円 |
| おしり拭き 1パック | 150円 |
| ティッシュ 1箱 | 100円 |
| メディカルコット 1箱 | 300円 |
| 歯ブラシ 1本 | 120円 |
| トロミアップ(1日12g) | 70円 |
| 洗濯代 | 350円 |
| 診断書(保険会社) | 4400円 |
| 死亡診断書 1通目 | 5000円 |

※消費税込み ※その他の物品については職員にお尋ねください。

※入院のしおりに保険外自己負担一覧表あり

保険外自費負担に関する同意書

セツルメント診療所 所長あて

私はセツルメント診療所の保険外自費負担について同意します。

年 月 日

患者本人氏名_____

代筆者氏名_____