

保険外負担についての同意書

原田病院では、以下の事項についてその使用料と使用回数に応じた実績のご負担をお願いしております。
 なお、本同意書の内容変更をご希望される場合は手続きが必要です。病棟責任者までお申し出ください。

税込料金（10%）

確認 **病衣レンタル（洗濯代含む）**

● パジャマ（上）	143 円	● パジャマ（下）	143 円
● パジャマ（上・下）	286 円	● 長衣	1 回 275 円

確認 **洗濯「病院洗濯を（口利用する 口利用しない）」**

● 靴下 1 足、足カバー、白手袋（片手）、ハンカチ、半タオル	33 円		
● エプロン、グローブ、タオル、三角巾	44 円		
● シャツ、ステテコ、スリッパ、バスタオル、パンツ	77 円		
● スポン、パジャマ（上）、パジャマ（下）、ベスト（袖なし）	110 円		
● 足下マット、カーディガン、ひざ掛け	132 円	● 病衣（上着）、病衣（下着）	143 円
● 病衣（長着）	275 円	● 長着（私物）、つなぎ	198 円
● タオルケット	363 円	● 毛布、肌布団	990 円

確認 **おむつ代（患者さまによって使用するおむつは異なります）**

● 紙おむつ	1 枚 192 円	● 紙パンツ	1 枚 225 円
● パッド（昼用）	1 枚 66 円	● パッド（夜用）	1 枚 104 円
● すき間シート	1 枚 55 円	● ワイドシート	1 枚 77 円
● おしりふき	1 個 275 円		

確認 **代理購入** ※代理購入金額の制限や事前の電話連絡などが必要な場合は、事前に病棟責任者までお申し出ください。

● ティッシュ	132 円	● フェイスタオル	1 枚 330 円
● バスタオル	1 枚 1,100 円	● 歯ブラシ	110 円
● 歯みがき粉	275 円	● イヤホン	220 円
● 口腔ケアスポンジ	38 円	● コンクール洗口液	1,210 円
● 口腔用ジェル	1,650 円	● 口腔ケアシート	90 枚入 715 円

確認 **TVカード** 1 枚で 20 時間の視聴が可能です。

● TVカード	1,000 円
---------	---------

確認 **散髪**

● 散髪	1 回 1,500 円
------	-------------

確認 **文書料**

● 受診報告書（医証）	1,100 円	● 成年後見人診断書	5,500 円
● 生命保険診断書	5,500 円	● 死亡診断書	3,300 円
● 身体障害者診断書	5,500 円		

確認 **ワクチン（自治体の助成を受けられる方は金額が異なります）**

● インフルエンザ	3,700 円	● 肺炎球菌	7,000 円
-----------	---------	--------	---------

（原田病院 署名欄）

上記の通り、保険外負担について説明いたしました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

説明担当者 _____ 印

（患者さま 署名欄）

上記の通り、保険外負担および利用者負担金について説明を受け、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さま名 _____ 印 代筆者名 _____ 印 （続柄） _____