

紙おむつ代に関する同意書

当院では、患者様の状態に合わせたおむつを適切な頻度で使用させて頂いております。希望される方には使用量に応じて請求させていただきます。

項目	単位	金額 (税込)
紙おむつ		
テープ止めタイプ (S・伸縮S・伸縮M・細めM・M・L)	1枚	176円
パンツタイプ (S・M・L・LL・XL)	1枚	176円
尿取パッド (フラットタイプ)	1枚	66円
尿取パッド (スーパー病院・施設用)	1枚	88円
尿取パッド (スーパーワイドパッド病院・施設用)	1枚	99円
尿取パッド (ビッグパッド)	1枚	110円
尿取パッド (スーパービッグパッド)	1枚	132円
尿取パッド (高吸収透湿パッド)	1枚	154円

※紙おむつの使用料金に関しては、医療費外の自費負担となります。

保険種別に関わりなく使用量に応じた実費料金を入院費と合わせてご請求させていただきます。

榛名荘病院 院長 殿

私は、上記実費支払いについて内容と料金を確認しましたので、入院中に上記項目のいずれかを使用する必要がある場合は、その使用量に応じた実費料金を入院費と合わせて支払うことにあらかじめ同意いたします。

(申込年月日) 令和 年 月 日

患者氏名 _____ (印)

身元引受人 _____ (印)

※患者の自署がある場合は不要です

患者との続柄 ()