

# 入院利用料金説明・同意書

|                | 室料   | 食事                               | 居住費   | オムツ代   | その他   |
|----------------|--|----------------------------------|---|--|---|
| 慢性期リハ<br>(療養)  | /  |                                  |   |  |   |
| 地域包括ケア<br>(2階) | <p>【個室】<br/>261・262・265<br/>1人部屋 2,200～5,500円<br/>2人部屋 1,100円<br/>3人部屋 660円<br/>4人部屋 0円<br/>(説明-1)</p> <p>室料差額(660～5,500円)を支払うことに同意します。<br/>(利用病室は裏面参照)</p> <p>初日病室 _____ 号室<br/>_____ 円</p> | <p>食事一部負担金<br/>(説明-2) 510円/食</p> | <p>居住費<br/>(光熱水費相当)<br/>370円/日<br/>(説明-3)</p> | <p>テープ止め 180円/枚<br/>ケアパット(ブルー・グリーン) 110円/枚<br/>はくパンツ 190円/枚<br/>尿取りパット男女兼用(ピンク) 60円/枚<br/>ケアパット(オレンジ) 70円/枚<br/>ぴったりパット 50円/枚<br/>(説明-4)</p> | <p>その他(主なもの)<br/>各種診断書<br/>1,100～5,500円/枚<br/>エンゼルセット 9,430円/回<br/>(説明-5)</p> |
| 地域包括ケア<br>(3階) |  |                                  |   |  |   |
| 回復期リハ          |  |                                  |   |  |   |

|   |  |
|---|--|
| <p>《説明内容》</p> <p>①お部屋に応じて表示金額を請求させていただきます(都合により病室を移動する場合があります)。<br/>                 ②食事負担金は医療保険法等の法律で定められた金額です。<br/>                 なお、減額対象となる場合もありますので、認定書をお持ちの方は窓口へご提示下さい。<br/>                 ③療養病棟の居住費は医療保険法等の一部を改正する法律で定められた金額です。<br/>                 ④患者さんのご使用枚数に応じて請求させていただきます。<br/>                 使用済みオムツを専用業者に委託している関係上、オムツの持ち込みはご遠慮下さい。<br/>                 オムツ代は医療費控除の対象になります(オムツ使用証明書の申請が必要です)。<br/>                 ⑤同意書外の自費料金に関しては、1階受付自費料金表に則り、費用請求させていただきます。<br/>                 ⑥請求書は、毎月8日過ぎに1階会計窓口にてお受け取りください。<br/>                 ⑦寝具類は病院設置物をご使用ください。院内感染予防のため、毛布等の持ち込みはご遠慮ください。<br/>                 ⑧患者さんが病院の備品等を破損された場合、原則賠償させていただきます。</p> | <p style="text-align: right;">*表示金額は税込(10%)です。</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>患者氏名 _____</p> <p>代理人氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">(説明担当者: _____)</p> |
|---|--|