

自費サービス説明書

当病院においてはご入院の患者さまに快適に過ごしていただけるよう、様々なサービスの提供をしております。サービスの提供内容については、下記の項目となり、申し込みをされた方のみ対象となるサービスです。

	種類	内容	料 金
<input type="checkbox"/>	入浴セット	・入浴時に浴室にてご提供します。 ※ バスタオル・洗身タオル・シャンプー・リンス・ボディーシャンプー	198円 (1回につき)
<input type="checkbox"/>	エプロン	・お食事を召し上がっていただく際、衣服の保護が必要な方に、ご提供します。 ※ お食事前にご用意します。	22円 (1食につき)
<input type="checkbox"/>	口腔ケア用スポンジ	・口腔ケア時必要に応じてご提供します。 ※ 居室にてご用意します。	77円 (1日につき)
<input type="checkbox"/>	紙おむつ 尿取りパット	・おむつ交換時にご提供します。 ※ 居室にてご用意します。	別紙一覧表通り

2023年6月改定

- ※ サービス料のご請求は、入院請求書の自費としてご請求させていただきます。
- ※ お支払い方法は、入院のご案内の通りになります。
- ※ サービス内容を変更または中止したい場合は、必ずフロアステーションにお申し出下さい。

申 込 書

私は、八尾はあとふる病院に入院中、保険適用外である上記希望サービス 種類を申し込み、毎月の入院費と同時に、サービス料を支払います。

八尾はあとふる病院 病院長 殿

西暦 年 月 日

サービス開始日 西暦 年 月 日

サービス終了日 西暦 年 月 日

患者様氏名 _____ 印

同意者氏名 _____ 印

(続柄)

●自筆署名の場合は押印不要