

医療法人財団 正友会 中村記念病院 院長殿

年 月 日

患者氏名		申込者氏名	続柄
------	--	-------	----

## 1. 個室（二人部屋）利用同意書

下記事項に関して同意の上、個室利用を申し込みいたします。

1. 治療上必要がある場合は個室に移動していただくことがあります。
2. 室料は1日単位の請求となります。（一泊二日の場合は料金×2日分）
3. 個室料は入院費定期請求及び退院請求とあわせてお支払いいただきます。

①	年 月 日～	号室	円
②	年 月 日～	号室	円
③	年 月 日～	号室	円
④	年 月 日	号室	円

部屋	無 料	有 料	金 額
2人室		テレビ/冷蔵庫	3,300 円
個室1	洗面	テレビ/冷蔵庫・電話	4,400 円
個室2	トイレ・洗面台・電動ベッド	テレビ/冷蔵庫・電話	5,500 円
特別室1	トイレ・洗面台・電動ベッド	テレビ（中型）/冷蔵庫・電話	7,700 円
特別室2	トイレ・洗面台・電動ベッド・電気ポット・バス・キッチン・テレビ（大型）・冷蔵庫2台・電子レンジ	電話	11,000 円

病院、症状にあわせる  部屋希望 あり ( )

## 2. テレビ・冷蔵庫利用同意書

テレビ・冷蔵庫利用の申込をいたします  しません

当院では入院中の療養環境充実のために「テレビ・冷蔵庫付き床頭台」を設置し、利用される方は日額330円（税込み）の料金負担をお願いしております。

- 1 地上波・BSをご利用いただけます。（1泊2日の場合は料金×2日分）
- 2 大部屋ではイヤホンをご利用ください。（売店で購入いただけます。）
- 3 使用料は入院費定期請求及び退院請求とあわせてお支払いいただきます。

※上記内容変更時は、本人、または家族に電話等にて確認後、説明者が下記に変更内容を記入する。

### 備考：病院記入欄

月 日	様（続柄）	（□個室・□テレビ/冷蔵庫）	変更 説明者（ ）
月 日	様（続柄）	（□個室・□テレビ/冷蔵庫）	変更 説明者（ ）
月 日	様（続柄）	（□個室・□テレビ/冷蔵庫）	変更 説明者（ ）