

実費徴収に関する同意書

当病院における保険外の負担として、下記の項目にて実費徴収のご負担をお願いします。

2025年5月1日 税込価格

項 目		単 位	税込価格
寝衣Aセット(寝衣・バスタオル・タオル)		1 日	187 円
寝衣Bセット(寝衣のみ)		1 日	110 円
浴衣	サイズフリー	1 着	3,300 円
付添寝具	布団・ベッド(一式)	1 日	220 円
	ベッド	1 日	110 円
	布団掛け・敷き布団	1 日	110 円
	布団 (掛・敷どちらか一方)	1 日	66 円
リンスインシャンプー (200ml)		1 本	385 円
ボディーソープ (200ml)		1 本	407 円
ボックスティッシュ		1 箱	165 円
イヤホン 片耳用		1 セット	220 円
マグコップ		1 個	198 円
使い捨てエプロン (60枚入)		1 セット	1,265 円
とろみ剤 (3g×50包)【軽減税率8%】		1 箱	1,242 円

死後処置料		6,600 円
-------	--	---------

口腔ケア用品 名 称		単 位	税込価格
歯ブラシ		1 本	133 円～
			353 円
歯磨き粉 (30g)		1 個	110 円
歯間ブラシ		1 個	220 円
マウスピュア 舌ブラシ		1 本	660 円
ジェルコートF		1 個	1,100 円
ライオデントハブラシ (義歯用ブラシ)		1 本	397 円
バトラー マウスコンディショナー		1 本	1,650 円
バトラー ジェルスプレー		1 個	1,870 円
バトラー スポンジブラシ (10本)		10 本	440 円
バトラー スポンジブラシ (50本/箱)		1 箱	2,200 円
義歯ケース		1 個	99 円

項 目		単 位	税込価格
その他	開示手数料	1 件	3,300 円
	診療録等の複写	1 枚	11 円
	B型肝炎表紙及びB型肝炎不在証明書	1 枚	1,650 円
	画像フィルム複写料(半切)	1 枚	317 円
	画像フィルム複写料(B4)	1 枚	176 円
	CD－R画像複写料	1 枚	275 円

項 目		単 位	税込価格
【日本語】 診断書	当院診断書	1 通	1,650 円
	入院証明書	1 通	5,500 円
	通院証明書	1 通	5,500 円
	死亡診断書	1 通	5,500 円
	身体障害者診断書・意見書	1 通	6,600 円
【外国語】 英語・中国語 診断書	年金診断書	1 通	6,600 円
	【外国語】当院診断書	1 通	2,475 円
	【外国語】入院証明書	1 通	8,250 円
	【外国語】通院証明書	1 通	8,250 円
	【外国語】院外書式診断書	1 通	8,250 円
【翻訳】 検査・記録 カルテ開示	【外国語】搭乗許可書	1 通	8,250 円
	【翻訳】検査結果・報告書	日本語1文字 15円	
	【翻訳】手術記録		
	【翻訳】診療明細書		
【通訳料】	【翻訳】カルテ開示		
	入院時通訳サポート料	1 日	550 円
	【訪日外国人】 サポート	1 入院	55,000 円
	旅行保険代理請求等サポート料		
交通費	在宅訪問交通費 (走行距離による)	1 km	110 円
	患者搬送	1 km	22 円
	有料道路通行料金		実費

おむつ 名 称		単 位	税込価格
TENA	コンフォートノーマル	42 枚	1,947 円
TENA	フレックスプラスS	30 枚	2,970 円
TENA	フレックスプラスM	30 枚	3,135 円
TENA	フレックスプラスL	30 枚	3,597 円
TENA	フレックスマキシS	22 枚	3,179 円
TENA	フレックスマキシM	22 枚	3,300 円
TENA	フレックスマキシL	22 枚	3,564 円
TENA	スリップスーパーM	10 枚	1,540 円
TENA	スリップスーパーL	10 枚	1,727 円
TENA	パンツディグニティプラスS	30 枚	3,072 円
TENA	パンツディグニティプラスM	28 枚	2,998 円
TENA	パンツディグニティプラスL	24 枚	2,896 円
TENA	ウェットワイプ	50 枚	550 円

当院では、寝衣をご用意できない方には、リース会社より実費負担にて貸与しております。入院途中でのレンタル開始・中止も可能です。入院時に看護師より確認をさせていただきますので、ご希望される方はお申し出ください。

着替え用の寝衣、持ち込みのおむつが不足している場合は、レンタル寝衣ならびに病院のおむつを使用させていただき、別途請求させていただきますのでご了承ください。

入院中の口腔機能の維持、改善、肺炎などの合併症防止のため、口腔ケアを行なっています。口腔ケアが必要とされた場合には、上記の口腔ケア物品が必要となり、必要な物品の費用を別途請求させていただきます。

その他、患者さん・ご家族の利便性の向上を目的として委託業者による洗濯代行を提供できます。別紙案内を参照いただき、ご希望の方はスタッフステーションまでお申し出下さい。

社会医療法人財団 慈泉会 相澤東病院長 殿

私は、上記費用徴収について内容を確認しましたので、費用徴収が生じた場合は料金を支払うことを予め同意します。

説明・同意日 西暦 年 月 日

お名前