

入 院 の ご 案 内



医療法人 若葉会

堺若葉会病院

大阪府堺市北区新金岡町4丁1－7

TEL 072-255-1001

FAX 072-255-8008

入院手続き

入院手続きに必要なもの

- ☐ 診察券
- ☐ 健康保険証
(各種公費医療証・限度額適用認定証・身体障害者手帳などお持ちの方のみ)
 - * 健康保険証等が変更になった場合は、その都度ご提示ください。
 - * 健康保険証のご提示がない場合は、全額自己負担となる場合があります。
- ☐ 介護保険証（お持ちの方のみ）
- ☐ 入院誓約書、個人情報使用同意書、入院履歴確認書、
- ☐ 退院の退院証明書（お持ちの方のみ）
- ☐ リース申込書、特別療養環境室利用申込書兼同意書

入院時に必要なもの

- ☐ 着替え衣類（パジャマ・下着・靴下）
- ☐ タオル（バスタオル・フェイスタオル）
- ☐ 洗面道具（歯ブラシ・歯磨き粉・ヘアブラシ・髭剃り・シェービングフォーム）
- ☐ 入浴用品（シャンプー・リンス・ボディソープ）
- ☐ 日用品（ティッシュペーパー・綿棒・爪切り）
- ☐ コップ（らく飲み・ストロー ※必要に応じて）
- ☐ その他（入れ歯用洗浄剤・入れ歯ケース ※必要に応じて）
- ☐ 履物（スリッパはお止めください。）
- ☐ マスク（1階受付で 50 円/枚で購入できます。）
- ☐ イヤホン（各病棟で 330 円/個で購入できます。）

病室内の清潔、整頓のためお手回り品は最小限にお願い致します。

持ち物には必ず名前を記入してください。

（万が一、紛失されましても当院ではその責を負いかねます。）

病状により当院の病衣を使用して頂く場合があります。

生花や生ものなどの腐敗しやすい物の持ち込みは、お断りしております。

衣類・オムツリース

当院では、各種リースセットをご用意しております。お申し込みの際は、添付のリース申込書にご記入の上、入院手続き時にご提出ください。尚、入院途中からのご契約も承りますので各詰所にお申し出ください。

リースセット	品 目	日 額（税込）
A セット	病衣・着替え衣類（下着・靴下）・タオル・洗面道具・入浴用品・日用品・コップ・ （必要時）義歯洗浄剤・義歯ケース	693 円
B セット	病衣・着替え衣類（下着・靴下）・タオル・洗面道具・入浴用品・日用品・コップ・オムツ（リハビリパンツも含む） （必要時）義歯洗浄剤・義歯ケース	1,320 円

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

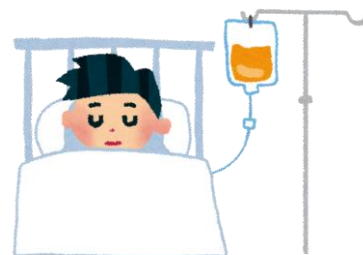
.....

.....

♥ 入院中の生活

(1) 起床時間

- 起床時間は 6 時 00 分となっております。



(2) 消灯時間

- 消灯時間は 21 時 00 分となっております。
- 消灯後は他の患者様の迷惑にならないようにご配慮ください。

(3) 食事

- 入院中の食事は病状に応じて作られておりますので、当院以外の食事はご遠慮ください。食事時間は次のとおりです。

朝食 8 時 00 分

昼食 12 時 00 分

夕食 18 時 00 分



- 給茶については、お部屋まで配茶致します。
- 患者様間での食べ物の受け渡しはご遠慮ください。

(4) 入浴

- 浴室は地下 1F、シャワー室は 3 階病棟にあります。(入浴が困難な場合は、清拭をさせていただきます。)
- 入浴及びシャワー浴は主治医の許可が必要です。利用時間・利用方法は病棟スタッフにお尋ねください。



(5) 外出・外泊

- **新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、現在外出・外泊は禁止させて頂いております。**
- 外出・外泊を希望されるときは、主治医の許可が必要となりますので、医師や看護師にご相談ください。(外出・外泊届をナースステーションへ提出してください。)
- 無断で離院された場合は、警察をはじめ関係機関に連絡し捜索支援をお願いしたり、強制退院になることがあります。また、無断離院中の事故や病状の悪化については、当院は一切の責任を負いかねますのでご注意ください。

(6) 入院中の他医療機関への受診

- 入院中に、他医療機関をご本人が受診されたり、ご本人の代わりに家族様が薬の処方を受ける際は、必ず病棟看護師にご相談ください。

(7) テレビ・冷蔵庫

- テレビ及び冷蔵庫のご利用の場合は、テレビカードが必要です。
*テレビカードの販売機は、各階に設置してあります。(1, 000円/枚)
(テレビ視聴料: 1, 000円/1170分 [19時間30分])
(冷蔵庫使用料: 100円/日)
- ご利用されなかったテレビカードの清算は、1階エレベータ横に設置してある返金機にて行ってください。
- テレビを見る際は、イヤホンを利用し他の患者様の迷惑にならないようにお願いします。

(8) 病室

- 患者様の病状、または病室の都合により転室していただく場合がございますので、ご了承ください。
- 患者様の個人的な都合による転室は致しかねますので、ご了承ください。
- 壁やその他に張り紙、落書き等されないようお願い致します。
- カーテンレール・壁・点滴棒に洋服や物をかけないようお願い致します。

(9) 面会時間・面会

面会時間	全日 14時00分～16時30分
------	------------------

- **1回の面会に3名まで、1回の面会時間は20分まで(15歳未満は面会不可)**
- ご面会にお越しの際は1階管理室にて、面会票のご記入をお願いします。その際には体温測定、マスクの着用をお願いします。
- 当院には駐車場がございませんので、近隣の駐車場をご利用ください。尚、当院で駐車料金の負担はしておりません。

(1) 手指消毒

院内感染を防ぐために手洗いや手指消毒が重要です。医師や看護師その他スタッフの手洗いはもちろんですが、患者様、ご家族様、ご面会の方にも手洗いや手指消毒をお願いしています。お部屋の入口にあるアルコール手指消毒液剤をご利用ください。

(2) 転倒転落

入院されることにより、環境の変化、体力・筋力の衰え等が原因で、転倒しやすい状況になります。転倒することにより、外傷や骨折まれに脳出血を起こし生命に影響を及ぼす場合もあります。

当院では、安全な療養生活を行っていただくために、病棟カンファレンスを実施し対応しております。

患者様・ご家族様と共に、協力し合い対策に取り組んでおります。

転倒・転落事故を防ぐためのお願い

- 入院前に履物をチェックしてください。
- 履きなれた、かかとのある靴を履きましょう。
- 夜間から明け方の排泄時は十分にご注意ください。
- 夜間から明け方のトイレへの移動や、ベットサイドでの排泄行為に伴う転倒が多いため、落ち着いて動作を行い、足元にご注意ください。
- ベッド周りの環境にご注意ください。
- オーバーベッドテーブル、床頭台、点滴スタンドなどの動く物には寄りかからないでください。寄りかかると、転倒の恐れがあるので、支えにしないようにしてください。
- 移動時にナースコールを活用してください。
- 移動時にナースコールを押す様に声を掛けられた方は、必ずナースコールを押して看護師へお知らせください。

注意事項

（１）たばこ（電子タバコ・水蒸気たばこも含む）・アルコール類の禁止

- 喫煙は治療の阻害要因となり、回復を遅らせる原因となることや、手術中・手術後に危険な状態が起こる可能性があることなどが報告されています。
- 当院では、喫煙による生活習慣病と受動喫煙による健康被害防止（健康増進法第25条）のため全敷地内を禁煙としており、病院に出入りするすべての方々にご協力をお願いしています。
- 入院中にお酒の持ち込みや飲酒も固くお断りしております。
- 喫煙や飲酒をされた場合は、入院継続ができなくなりますのでご了承ください。



敷地内禁煙



敷地内禁酒

（２）貴重品

- 床頭台に鍵付き金庫をご用意していますのでご利用ください。
- 貴重品、現金等の所持は必要最小限に留め、鍵の管理は自己責任にてお願い致します。
- 万が一盗難等不足の事態が生じた場合、当院は責任を負いかねます。
- 鍵の紛失時は有料（330 円）となりますので、ご了承ください。

（３）電気製品の使用

- 電気製品をご使用の際はナースステーションへお声を掛けください。
 - ＊電気ポット、加湿器類などの電熱機器の使用はお断りさせていただいております。
 - ＊携帯電話は、院内にある使用可能区域でご利用をお願い致します。

（４）災害時の対応

- 地震や火災など非常事態が発生した場合は、病院スタッフの指示に従って行動してください。
- 非常事態が発生した場合は、停電の可能性がありますので、エレベータは使用しないでください。
- 避難経路図は各病室に掲示してありますので、ご確認ください。

患者サポート相談

当院では、患者サポート相談の窓口を設置し様々な相談をお受けしております。

医療ソーシャルワーカー・退院支援相談員が、在宅介護や転院先などのご相談から医療費などの経済問題まで、療養生活に伴う様々な不安や心配事を一緒に考え解決するお手伝いをいたします。

どんな些細なことでも結構ですので、お気軽にお申し出ください。尚、お受けした相談内容の秘密は厳守しますので、ご安心ください。

相談受付内容	退院・転院、今後の療養先 医療費や生活費 介護保険・身体障害者手帳などの申請手続き 自宅での医療・福祉サービス
--------	--

対応時間	(平 日) 9 時 00 分～17 時 00 分 (土曜日) 9 時 00 分～13 時 00 分 * 日曜日・祝日・年末年始を除く
場所	1 階 地域医療連携室

入院費の支払い

- 入院費は、月末及び退院時に計算します。
- 入院中は、毎月 13 日前後に請求書を 1 階会計窓口にて用意しておりますので 10 日以内にお支払いをお願い致します。
- 請求金額については、電話にてご確認をお願いします。
- 請求書の郵送・振込入金をご希望される際はお申し出ください。
- 領収書は大切に保管してください。(領収書の再発行は有料となります。)
- お支払いは、健康保険証をご用意のうえ、下記の場所にてお願いいたします。

時間	(平 日) 9 時 00 分～17 時 00 分 (土曜日) 9 時 00 分～13 時 00 分	左記以外の時間
対応場所	1 階 会計窓口	前日までに医事課までご連絡ください。 お約束日時に 1 階管理室までお越しください。
お支払い	現金・クレジットカード	現金のみ

退院手続き

- 退院当日に、会計窓口にて精算後発行された領収書を持ってナースステーションにお越し下さい。
- 退院証明書等の発行やその他の手続きをいたします。
(ご不明瞭な点がございましたら、ナースステーションにてお問い合わせください。)

高額療養費制度

- 70 歳未満の場合
「限度額適用認定証」のご提示により、1 か月毎の医療費（食事療養費および室料差額などの自己負担分を除く）の支払金額が世帯における適用区分に応じた限度額までになります。また、市民税非課税世帯の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が発行され、食事代も合わせて減額になります。

適用区分	3 回目まで（注 1）	4 回目以降（注 1）	入院時食事負担額
上位所得者 （901 万円超）	252,600 円 +（医療費 - 842,000 円）× 1 %	140,100 円	490 円
上位所得者 （600 万円～ 901 万円以下）	167,400 円 +（医療費 - 558,000 円）× 1 %	93,000 円	490 円
一 般 （210 万円～ 600 万円以下）	80,100 円 +（医療費 - 267,000 円）× 1 %	44,400 円	490 円
一 般 （210 万円 以下）	57,600 円	44,400 円	490 円
市民税非課税世帯 （C）	35,400 円	24,600 円	230 円 180 円 （注 2）

注 1）過去 12 カ月以内に、同じ世帯で高額療養費の支給を受けた回数

注 2）過去 12 カ月以内の入院が 90 日を超えた場合で「長期認定」を受けている場合

● 70 歳以上の場合

「限度額適用・標準負担額減額認定証」のご提示により、1 か月毎の医療費（食事療養費および室料差額などの自己負担分を除く）の支払金額が世帯における適用区分に応じた限度額までになります。

適用区分		3 回目まで（注 1）	4 回目以降（注 1）	入院時食事負担額
現役並み 年収 約 1,160 万円 ～		252,600 円 +（医療費 - 842,000 円）× 1 % ＜多数回 140,100 円＞（注 3）	140,100 円	490 円
年収 約 770 万円～ 1,160 万円		167,400 円 +（医療費 - 558,000 円）× 1 % ＜多数回 93,000 円＞（注 3）	93,000 円	490 円
年収 約 370 万円～ 770 万円		80,100 円 +（医療費 - 267,000 円）× 1 % ＜多数回 44,400 円＞（注 3）	44,400 円	490 円
一 般		57,600 円 （多数回 44,400 円）（注 3）		490 円
市民税 非課税 世帯	区分 Ⅱ	24,600 円		230 円 180 円 （注 2）
	区分 Ⅰ	15,000 円		110 円

注 1）過去 12 カ月以内に、同じ世帯で高額療養費の支給を受けた回数

注 2）過去 12 カ月以内の入院が 90 日を超えた場合で、「長期認定」を受けている場合

注 3）過去 12 カ月以内に 3 回以上、上限額に達した場合は、4 回目からは「多数回」該当となり、上限額が下がります。

※ ご不明な点、ご相談等がございましたら、1 階受付までお問い合わせください。

限度額適用・標準負担額減額認定証明書

事前に、または入院中に「限度額適用認定証」の発行を下記へ申請し、1 階受付に提示することで、入院費用の窓口負担が自己負担限度額までとなります。

保健種別	申請場所
国民健康保険	市町村役所（国民健康保険窓口）
健康保険（社会保険、共済、組合など）	健康保険証に記載されている保険者または勤務先

下記項目を入院中に使用する必要性が生じた場合は、当院からの購入・貸出を希望し、実費料金を入院費と合わせてご請求いたします。

日常生活上のサービスに係る費用	
衣類・日用品リース代	693～1,320 円／日
病衣貸与代（手術・検査等の貸与を除く）	110 円／日
イヤホン	330 円／個
テレビ利用カード	1,000 円／枚
散髪	3,520～4,400 円／日
公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用	
一般診断書（病院指定用紙）	3,300 円／通
一般健康診断書	4,400 円～／通
厚生年金・国民年金診断料	8,800 円／通
障害者年金用診断書	8,800 円／通
身体障害者診断書・意見書	8,800 円／通
保険会社用診断書（通院・入院・手術）	3,300 円／通
自賠責診断書	5,500 円／通
自賠責診療費明細書	5,500 円／通
後遺症診断書	8,800 円／通
死亡診断書（死体検案書）	5,500 円／通
特定疾患臨床調査個人票	3,300 円／通
精神機能障害、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒	3,300 円／通
学校安全会	0 円／通
領収書証明書	1,100 円／通
おむつ証明書	0 円／通
その他 簡易な診断書	1,100 円／通
医療行為はあるが治療中の疾病又は不詳に対するものではないものに係る費用	
インフルエンザワクチン接種料（季節型）	0 ～ 3,410 円／回
高齢者肺炎球菌ワクチン接種料	0 ～ 7,150 円／回
堺市民健診（各種） ※公費負担は 65 才以上の方	0 ～ 300 円／回
特定健診（堺市国保・社会保険加入者）	0 ～ 1,232 円／回
死後処置料	13,200 円
その他の費用	
診察券（再発行料）	110 円／枚
浴衣	3,300 円／枚
松葉杖	預かり金：6,000 円

室料差額一覧表

2 階病棟			
2 人 部 屋	207号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） 洗面台 ロッカー	2,750 円/日
3 階病棟			
個 室	308号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） トイレ 洗面台 ロッカー	5,500 円/日
	310号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） ユニットバス（トイレ付き） ロッカー 応接セット	8,800 円/日
	311号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） 洗面台 ロッカー	3,300 円/日
	312号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） 洗面台 ロッカー	3,300 円/日
4 階病棟			
個 室	406 号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） トイレ 洗面台 ロッカー	5,500 円/日
	407 号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） トイレ 洗面台 ロッカー	5,500 円/日
	408 号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） トイレ 洗面台 ロッカー	5,500 円/日
	410 号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） ユニットバス（トイレ付き） ロッカー 応接セット	8,800 円/日
	411 号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） 洗面台 ロッカー	3,300 円/日
	412 号室	冷蔵庫付床頭台 テレビ（無料） 洗面台 ロッカー	3,300 円/日

リース申込書兼同意書

記載例

医療法人若葉会 堺若葉会病院 御中

堺若葉会病院における入院期間中において、療養に必要な物品の説明を受けて、下記リースを申込みの上支払いに同意いたします。

尚、病態により、使用状況が変更になった場合は、貴院に一任します。

記

申し込みセットに○を付けてください。

チェック欄	セット	日 額 (税抜き)
○	A セット	693 円
	B セット	1,320 円
どちらかに○印をお願いします		

申込日 2021 年 2 月 10 日 入院日を記入してください

ふりがな	わかば はなこ	性 別	男・♂
氏 名	若葉 花子		印
生 年 月 日	明・大・暦・平 50 年 1 月 1 日 生 (46 才)		
住 所	大阪府堺市北区新金岡町 4-1-7		
電 話	072 - 255 - 1001	携帯電話	- -
勤 務 先	電話番号		
保護者氏名	(患者が未成年の場合)		
氏 名	若葉 太郎	続柄 (夫)	印
生 年 月 日	明・大・暦・平 48 年 12 月 31 日 生 (44 才)		
住 所	大阪府堺市北区新金岡町 4-1-7		
電 話	072 - 255 - 1001	携帯電話	
勤 務 先	堺若葉会病院 電話番号 072 - 255 - 8008		

病院記入欄

入院日	年 月 日
退院日	年 月 日

入院誓約書

記載例

医療法人若葉会 堺若葉会病院 院長 殿

この度、入院するにあたり、下記の事項を相違なく履行することを連帯保証人とともに誓約いたします。

記

1. 入院に関する諸規則、その他の指示事項を必ず守ります。
2. 治療に必要な検査、その他の処置につきましては、指示に従い異議を申し立てません。
3. 入院料、その他の諸料金は、指定期日までに支払います。
4. 医師・看護師の指示に従わないときは、退院を命じられても異議を申し立てません。

※注意事項

「一般病院での管理体制に於いての患者管理及び治療のみを行い、特定の患者の 24 時間監視を行うことは出来かねます。

通常の普普通注意を起すの不利の事態につきまして当院は一切責任を負いかねます。」

2021 年 2 月 10 日 入院日を記入してください

ふりがな	わかば はなこ	性 別	男・♂
氏 名	若葉 花子		印
生 年 月 日	明・大・暦・平 50 年 1 月 1 日 生 (46 才)		
住 所	大阪府堺市北区新金岡町 4-1-7		
電 話	072 - 255 - 1001	携帯電話	
勤 務 先	堺若葉会病院 電話番号 072 - 255 - 8008		
保護者氏名	(患者が未成年の場合)		
氏 名	若葉 太郎	続柄 (夫)	印
生 年 月 日	明・大・暦・平 48 年 12 月 31 日 生 (44 才)		
住 所	大阪府堺市北区新金岡町 4-1-7		
電 話	072 - 255 - 1001	携帯電話	
勤 務 先	堺若葉会病院 電話番号 072 - 255 - 8008		

個人情報使用同意書

記載例

当院での患者様の個人情報を下記のために利用いたします。

- 医療提供
 - 当院での医療サービスの提供
 - 他の病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業者等との連携
 - 他の医療機関等からの照会への回答
 - 患者様の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - 検体検査業務委託・給食業務委託やその他業務委託
 - ご家族様等への病状説明
 - その他、患者様への医療提供に関する利用
 - 診療費請求のための事務
 - 当院での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務及びその委託
 - 審査支払機関へのレセプト請求の提出
 - 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - 公費負担医療に関する行政機関へのレセプトの提出、照会への回答
 - その他、医療・介護・労災保険及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用
 - 当院の管理運営業務
 - 会計・経理
 - 医療事故等の報告
 - 当該患者さまの医療サービスの向上
 - 入院等の病棟管理
 - その他、当院の管理運営業務に関する利用
 - 企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知
 - 医師賠償責任保険などに係る医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
 - 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 当院内において行われる医療実習への協力
 - 医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究
 - 外部監査機関への情報提供
1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
2. お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取扱わせていただきます。
3. これらのお申し出は、後からいつでも、撤回・変更をすることが可能です。

医療法人若葉会 堺若葉会病院 院長 殿

私は、医療法人若葉会 堺若葉会病院に上記の個人情報の使用に関する内容に同意します。

2021 年 2 月 10 日 入院日を記入してください

患者 住所 大阪府堺市北区新金岡町4-1-7

氏名 若葉 花子

代理人 住所

氏名

患者様以外の方が記入された場合は、記入した方の名前をお書きください

2019/5/1 SWB-01-02

入院履歴確認書

記載例

患者さまのご入院にあたり、これまでの入院履歴を確認させていただきます。入院の期間等について正しいご記入がない場合は、後日入院費の一部を患者さま自身に負担していただく場合があります。下記の項目をご記入し、ご入院時の手続きの際に入退院窓口にご提出ください。

【入院期間の自己申告書】

- 今回入院する前(3ヶ月以内)に、どちらかの医療機関に入院していたことがありますか。
(ある・ない)
以下は、①で「ある」とお答えの方のみ記入してください。
↓
- 前回入院していた医療機関から発行された退院証明書をお持ちですか。
(いいえ・はい)
「はい」とお答えの方は、この自己申告書と一緒にご提出ください。
↓
- 前回入院していた医療機関名と入院期間をご記入ください。

医療機関名	
所在地	
電話番号	
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

- 入院していたときの主な傷病名がわかればご記入ください。

傷病名	
-----	--

以上申告します。

2021 年 2 月 10 日 入院日を記入してください

患者氏名	若葉 花子
記入者氏名	若葉 花子
本人でない場合は患者との続柄	印

実費同意書

記載例

医療法人若葉会 堺若葉会病院 病院長 殿

下記項目に記載している物品等を使用する必要がある場合は、当院からの購入・貸出を希望し、実費料金の支払いに同意いたします。

日常生活上のサービスに係る費用	
衣類・日用品リース代	693 ～ 1,320 円/日
病衣貸与代 (手術・検査等の貸与を除く)	110 円/日
T字帯	440 円/枚
腹帯	1,100 円/枚
イヤホン	330 円/個
テレビ利用カード	1,000 円/枚
浴衣	3,300 円/枚
散髪	3,520 ～ 4,400 円/回
公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用	
一般診断書 (病院指定用紙)	3,300 円/通
一般健康診断書	4,400 円～/通
厚生年金・国民年金診断書	8,800 円/通
障害者年金用診断書	8,800 円/通
身体障害者診断書・意見書	8,800 円/通
保険会社用診断書 (通院・入院・手術)	3,300 円/通
自賠責診断書	5,500 円/通
自賠責診療費明細書	5,500 円/通
後遺症診断書	8,800 円/通
死亡診断書 (死体検案書)	5,500 円/通
特定疾患臨床調査個人票	3,300 円/通
精神機能障害、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒	3,300 円/通
学校安全会	0 円/通
領収証明書	1,100 円/通
おむつ証明書	0 円/通
その他 簡易な診断書・証明書	1,100 円/通
医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用	
インフルエンザワクチン接種料 (季節型)	0 ～ 3,410 円/回
高齢者肺炎球菌ワクチン接種料	0 ～ 7,150 円/回
堺市民検診 (各種) ※公費負担は65才以上の方	0 ～ 300 円/回
特定健診 (堺市国保・社会保険加入者)	0 ～ 1,232 円/回
死後処置料 (別途家人申出により)	13,200 円
その他の費用	
診察券 (再発行料)	110 円/枚

2025 年 5 月 1 日 入院日を記入してください

患者署名 若葉 花子
患者家族及び代理人 若葉 太郎 (続柄) 夫
※患者本人が記載できない場合

<メモ>