

白川病院 入院に関する質問票

この用紙は、ご入院の際に受付へご提出ください

患者氏名 _____ 様

記入者 _____ 様 続柄(_____)

1 今までに罹られた病気や、入院歴などありましたらご記入ください。

◇ _____ 歳時 病名(_____ / _____ 病院)

◇ _____ 歳時 病名(_____ / _____ 病院)

2 当院に入院後、他の病院（歯科も含む）への受診があればご記入ください。

◇ _____ 病院 _____ 科（次回受診日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時着）

◇ _____ 病院 _____ 科（次回受診日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時着）

3 リース使用についてお答えください

※リースの費用は 月極 で 洗濯代 も含んだ金額です。

| 項 目 | 希望するものを ○ で囲んでください。 | |
|---------|---------------------|-----|
| 病 衣 | リース(2,310円/月) | 私 物 |
| 上 肌 着 | リース(1,650円/月) | 私 物 |
| 上 下 肌 着 | リース(1,980円/月) | 私 物 |
| 防水シート | リース(1,650円/月) | 私 物 |
| バスタオル | リース(1,320円/月) | 私 物 |
| エプロン | リース(2,310円/月) | 私 物 |

4 テレビ（使用料 110円/1日・3,300円/月）の使用についてお答えください。

する ・ しない

5 散髪（利用料 1,500円/1回）のご希望についてお答えください。

希望する ・ 希望しない

私物をご使用される患者様へ

家族様が何らかの理由で来院困難となった場合、リースを利用してもよろしいでしょうか？

なお、その場合のリースにかかる費用については、日割り計算となります。

可 能 ・ 不 可

ご不明な点は、お気軽にお尋ねください。