リース、療養環境用品についての確認票（同意書）

1　リース使用等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	希望する方に ○ をご記入ください。			
病　　衣		リース 2,550 円／月・日割 85 円／日		私　物
上　肌　着		リース 1,860 円／月・日割 62 円／日		私　物
上 下 肌 着		リース 2,220 円／月・日割 74 円／日		私　物
バスタオル		リース 1,440 円／月・日割 48 円／日		私　物
エ プ ロ ン		提供品 2,550 円／月・日割 85 円／日		私　物

私物をご使用される患者様へ

家族様の何らかの理由で来院困難となり、患者さんの衣類が不足した場合は、リースを利用しますので、予めの同意をお願いします。なお、費用については、日割り計算となります。

また、私物の洗濯を希望される場合は、外部の洗濯業者に委託しますので受付に御相談ください。

2　アメニティセット、テレビ等についてお答えください。

項　目	品　名	費　用	希望する場合は ○を記入
必　須	BOX ティッシュ	220 円/1 箱	
	歯ブラシ	220 円/1 本	
	歯磨き粉	220 円/1 個	
	楽飲み	220 円/1 個	
	蓋つきコップ（２個必要）	220 円/1 個	
	洗面器	220 円/1 個	
	ゴミ箱	220 円/1 個	
任　意	ヘアーブラシ	220 円/1 本	
	マスク（10 枚入り）	220 円/1 箱	
	電動ひげそり（充電式）	3,000 円/1 台	
	シューズ	2,200 円/1 足	
	テレビ使用料	110 円/日・3,300 円/月	
	イヤホン（1 個目は無料）	220 円/1 個	
	体位交換用枕（大）*カバー込	3,000 円/1 個	
	体位交換用枕（小）*カバー込	2,000 円/1 個	
	枕カバー*洗替用	1,200 円/1 枚	

上記について、確認し、希望・同意致します。

令和　　年　　月　　日

患者氏名　　様

記 入 者　　様　続柄（　　）

ご記入が終わりましたら、受付にご提出ください。