

# 同意書

医療法人 藤杏会 伊藤医院 院長殿

このたび私が入院、手術、麻酔、処置、特殊検査、特殊治療など受けるにあたり、その内容、予後等につき担当医師から十分説明を受け了解いたしましたので、その実施をお願いします。又、実施中の緊急処置についても同意いたします。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

承諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印 患者との関係 \_\_\_\_\_

承諾者住所 \_\_\_\_\_ 承諾者電話番号 \_\_\_\_\_

私の症状等に関して家族に説明する事を同意します。(該当する所に○をお付け下さい。)

はい (全ての家族に対して説明して良い) ・ いいえ (本人のみに説明)

はい (ただし、次の家族・親族以外に対しては説明してほしくない)

家族・親族名：( \_\_\_\_\_ )

はい (ただし、次の内容に関する事だけは説明してほしくない)

内容：( \_\_\_\_\_ )

## 個室同意書

入院に際して、個室での治療を希望します。その上で、所定の金額をお支払いする事に同意致します。

\_\_\_\_\_ 号室 日額： \_\_\_\_\_ 円 印

※上記希望時以外でも、患者様の緊急時の場合等で個室に移動する場合がございます。その場合、後から同意頂く事になります。御了承下さい。当院都合の場合、個室代は頂きません。

※裏面もあります

## ・オムツ購入に関して

オムツに関しては

当院のオムツを購入して使用致します。(料金は入院案内参照)

おむつを購入する事を承諾します。

印

オムツを持ち込んで使用致します。

※持ち込みオムツ使用に当たっては廃棄料金が発生致します。 印

1 日～10 日間            1000 円

10 日～20 日間           2000 円

20 日～30 日間           3000 円

## ・冷蔵庫使用について(個室を除く)

冷蔵庫の使用に関しては

冷蔵庫を使用します。内容物は本人・家族で管理します。

日額 30 円支払うことに同意します。

印

冷蔵庫・テレビは使用しません。(コンセントを抜かせて頂きます)

## ・洗濯について

洗濯は自分で行います。

洗濯は業者(太陽セランド(株))に委託します。