ID　No.

氏　　名

生年月日　性別
診療科名　発行日

特別療養環境室（特別室）に係る
差額ベッド料　支払い同意書

私は、当病院より文書による説明を受けて、私の意志（病院の都合や治療上の必要ではなく）により、下記病室に入院することを希望します。

なお、医療保険外の特別料金分（差額ベッド料）については、下記のとおり支払うことを承諾します。

記

病室	A B C D E	病棟	階	号室

【　□　個　室　・　□　２人部屋　】

差額ベッド料　：　１日につき　［　　　　　　］　円

特S室	：１日につき	31，570円	・	特A室	：１日につき	22，210円	
特B室	：１日につき	15，630円	・	Ｓ　室	：１日につき	10，490円	
Ａ　室	：１日につき	7，710円	・	Ｂ　室	：１日につき	5，040円	
Ｃ　室	：１日につき	1，950円	・				

平成　　年　　月　　日

奈良県立医科大学附属病院長　殿

住　　所

特別室入院
患者氏名　　　　　　　　㊞

同意書記載
家族氏名　　　　　　　　㊞　（続柄　　）

注　：　患者本人が意識のない場合等同意書を記載出来ないときは、ご家族の方が、「同意書記載家族氏名」、「続柄」欄へ記載のうえ押印してください。なお、「　㊞　」欄については、どちらか一方に押印してください。

❖❖

個室の入室日数計算は、入院時及び退室時とも午前0時～午後12時の間を1日と計算します。
［計算例：午後10時入院、翌日午前10時退院した場合2日間となります。］

※　この同意書は、入退院・救急受付（⑦番）へ提出してください。