

# 付帯費用・保険外負担のご案内及び申込み書

令和7年4月～

当院では、以下の項目について使用量、利用回数又は部数に応じた実費のご負担をお願いしております

一覧表 (お申込み項目に○印を記入して下さい)

料金[税込]

オムツ用品		
フラット(うららか日和)	1枚につき	77円
なんでもパッド	1枚につき	88円
夜1枚安心パッド	1枚につき	132円
長時間安心パッド	1枚につき	88円
テープ式紙オムツ(S・M・L)	1枚につき	175円
テープ式紙オムツ(LL)	1枚につき	230円
はけるパンツ(S・M・L)	1枚につき	165円
はけるパンツ(XL)	1枚につき	220円
生活用品		
便座シート	1個につき	220円
ストロー 1袋	1個につき	165円
ポリデント 1個	1個につき	17円
歯ブラシ	1個につき	330円
口腔ケアスポンジ	1本につき	44円
歯みがきティッシュ(90枚入)	1個につき	880円
ティッシュ	1個につき	132円
ウェットティッシュ	1個につき	440円
清浄綿	1個につき	1,100円
歯磨き粉	1個につき	330円
おしりふき	1個につき	330円
リース用品		
タオル	1枚につき	44円
バスタオル	1枚につき	110円
バスローブ	1枚につき	660円
洗濯委託	1回につき	990円
その他		
テレビ利用料		550円/日
イヤホン		220円
付添寝具		330円/日
マスク		10円

料金[税込]

必須リース用品		
病衣	1日につき	77円

## 病衣使用同意書・保険外費用負担同意書

医療法人大泉会  
大仙病院 病院長 殿

・私は、貴病院に入院するにあたって下記の料金で病衣を使用することに同意いたします。

・左記保険外負担分については、必要に応じた日数・数量等を申し込み、実費負担いたします。

令和 年 月 日

患者氏名

\_\_\_\_\_

説明者

看護師	医事課
-----	-----

--	--