

神戸海星病院睡眠時無呼吸検査入院確認書

・氏名 _____

・入院予定日 第1希望 _____ 第2希望 _____
年 月 日 年 月 日
希望日無し又は第1・2希望が不可な場合 (_____ 曜日希望)

・食事の有無

入院当日 (夕) 病院からの食事の提供はありません。
※夕食は食べて来て頂くか、ご自身で持参お願い致します。

入院翌日 (朝) 食事を希望する 食事を希望しない

食物アレルギーの有無 有 無

アレルギーがあれば下記記載して下さい。

※入院後に食事の変更は出来ません。

・室料 (診療費以外に下記個室料が必要です。)

5,000円×2日 = 10,000円 (税別)

・入院費用概算 (食事及び室料含む)

1割負担 24,000円

2割負担 36,000円

3割負担 48,000円

・入院時に必要な身の回りの物をご自身で準備して下さい。

・コロナに感染された場合は通常生活に戻られて1ヶ月経過後の入院検査をお願い致します。

以上の内容について、了解しました。

年 月 日

患者自署

2023年8月作成

2024年7月改定