

使用・利用料 一覧 (別表2)

項 目	金 額	備 考
コピー代	右欄に記載	白黒1枚10円, カラー1枚20円
電話代	実 費	
理髪代	2,000円	各病棟に掲示
差額室	別 表	
レンタルテレビ	2,200円/月	※15日未満は1,100円
クリーニング代	別 表	秋田基準寝具の規定による
病衣貸与	1日 55円	
付添寝具代	1回 132円	付添希望者へのサービス
付添食事代	右欄に記載	朝220円 昼夕各440円
外来外用薬容器代等	右欄に記載	薬液容器55円 軟膏缶33円 計量カップ22円 スポイト33円
患者依頼文書等郵送料	実 費	切手代
インフルエンザ接種料・ ワクチン接種料金	法人で決める額	ワクチン購入価・手技料による
健康診断料	8,800円	25人以上の団体等 7,480円
当法人雇用時健康診断料	10,670円	HBS 抗原・抗体検査料含む
特定健診	医師会・市町村等 で決める額	
受刑者鑑定・診断等 (診断書等の料金を含む)	33,000円	医師(初回)
	22,000円	医師(2回目以降)
	11,000円	医師以外の従事者が携わる場合
検 査	実 費	
訪問看護交通費	別 表	

(税込み表示です)

杉山病院院長 様

入院・外来の診察にあたり、本一覧(別表1及び2)に示す項目の文書の交付・サービスの提供等を受けた場合は、本一覧に基づいた金額をお支払いすることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

家族氏名 \_\_\_\_\_

※患者さん本人が同意し自署できない場合にご家族に同意いただき「患者氏名」と「家族氏名」をご記入ください。