

# オムツ使用 承諾書

(税込)

一括申込み	個別申込み	品目	料金
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	フラットタイプ レギュラー	125円
	<input type="checkbox"/>	横漏れ安心テープ止め M	280円
	<input type="checkbox"/>	横漏れ安心テープ止め L	280円
	<input type="checkbox"/>	横漏れ安心テープ止め LL	280円
	<input type="checkbox"/>	外漏れ安心パッド 男女兼用	140円
	<input type="checkbox"/>	長時間安心さらっとパッド	145円
	<input type="checkbox"/>	一晩中安心さらさらパッドウルトラ	200円
	<input type="checkbox"/>	リハビリパンツレギュラー M	280円
	<input type="checkbox"/>	リハビリパンツレギュラー L	280円
	<input type="checkbox"/>	リハビリパンツレギュラー LL	280円
	<input type="checkbox"/>	かんたん装着パッドレギュラー	140円
	<input type="checkbox"/>	軟便安心パッド	200円

新越谷病院に入院中、オムツ(療養の給付の対象とならないサービス)使用について、担当者による説明を受け、これらを十分に理解したうえで、利用を希望し、諸費用について負担することを承諾いたします。

記入日 令和 年 月 日

## 承諾者

承諾者		続柄	
フリガナ		印	電話番号 ( )
氏名			
住所	〒		

## 利用者

フリガナ		印	電話番号 ( )
氏名			
住所	〒		

医療法人財団 明理会 新越谷病院  
埼玉県越谷市元柳田町6-45  
TEL 048-964-2211 FAX 048-964-7155

(202408改定)