

開放型病床利用 承諾書

開放型病床入院の説明を聞き、今回の入院に際し、開放型病床を利用し
これに伴う診療費用を負担することに承諾します。

説明医師名 _____

平成 年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

続柄 () _____

病棟 → 地域連携室 → 患者ファイル