神戸大山病院　睡眠時無呼吸検査（PSG）　入院確認書

氏名				生年月日	年　　月　　日
入院希望日	ご希望日	第1希望日	月　　日	第2希望日	月　　日
	ご希望曜日	☐ 月曜　☐ 火曜　☐ 水曜　☐ 木曜　☐ 金曜			
	その他	☐ 入院日、曜日の希望はありません。			
		その他、入院日時についてご希望ありましたらご記入ください。			

※入院時間は、基本的に18時をお願いしています。

【入院・検査に関する確認事項】

- 病院からの食事（夕食・朝食）の提供はありません。入院前に食事を済ませていただくか、ご自身でご持参（アルコールは禁止）願います。
- 入院時に必要な身の回りの物は、ご自身でご準備ください。入院後に外出はできません。
- シャワー・入浴は済ませてお越しください。
- 個室には、テレビ、冷蔵庫が設置されています。
- 貴重品はご自身での管理となります。万一、紛失された場合でも当院は責任を負いません。
- 新型コロナウイルス感染症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します。

【検査・入院にかかる費用】

検査・入院費用概算	3割負担	1割負担
	約36，000円	約19，000円

※上記費用には、個室料を含んでいます。

以上の内容について、了承しました。

年　　月　　日

患者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿