

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	
	ご希望曜日	<input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 入院日、曜日の希望はありません。		
	その他	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。		

※基本的に、18時入院、翌朝7時退院 をお願いしています。

【退院後の当院(神戸大山病院)外来受診のご希望確認】

(受診ご希望の場合) 希望日時	※ <u>退院日から10日以上経過後の</u> 月曜日(9:00-12:00)または木曜日(16:00-18:00)でご指定ください			
	第1希望日時	月 日 時	第2希望日時	月 日 時
	<input type="checkbox"/> 希望日時はありません。			

【退院後の当院外来ご希望日】

【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てください。
検査終了後、部屋のシャワーは利用できます。タオル、石鹸、シャンプー類はご持参ください。
- ・ 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
