

付添い入院説明同意書

医療法人社団公和会 中村記念愛成病院
院長 山内 智文様

付添い入院をするにあたり、下記の全ての事項を了承し、同意します。

1. 付添いは大人 1 名のみ可能です。ただし、下記に該当することが条件となります。
 - ☐ ご本人・付添う方が、入院 48 時間以内に発熱やかぜ症状がないこと
 - ☐ 来院時に検温をして、発熱していないこと
 - ☐ 入室の際は、必ず手指消毒をすること
2. 付添う方は、入館後は病室内でお過ごしください。
3. 付添う方は、面会時間以外は院外に出ることはできません。
(面会時間 平日 14:00～20:00、土日祝日 外出不可)
4. 病室内での裸および下着のみでの滞在は禁止といたします。
5. 病院内、敷地内での飲酒および喫煙は禁止といたします。
6. 院内感染対策及び医療安全管理上、途中で病室の移動をお願いすることがあります。
7. 付添う方の体調がすぐれない場合や無断外出、飲酒、喫煙、他の患者への迷惑行為（騒音、暴言など）があった場合は、付添いをお断りまたは中断させて頂く場合があります。

付添者：夫、実父母、義父母、祖父母、実姉妹で入替可能（お子様は不可）

付添料：1 日につき 3,300 円

(寝具、タオルセット、シャンプー・リンス・ボディソープを含む)

食事料：1 食 690 円（希望者のみ）

病 室：経膈分娩 F または S タイプ

帝王切開、婦人科、切迫入院など A または S タイプ

年 月 日

住 所 _____

本人署名 _____

付添者署名 _____