

入院時現金確認書

患者名： (階病棟)

現金の持参 1. 無し

2. 有り

金額： 円

※ 入院重要事項説明書 第6条 及び入院誓約書に記載した通り、
万が一紛失等の事故につきましては、当院では一切の責任を負い
かねますので、何卒ご理解ご了承くださいますようお願い申しあ
げます。

入院日： 年 月 日

記入日： 年 月 日

患者又は代理人署名： (続柄)

対応職員名：