



住院申請暨同意書(民眾)

一、申請人(住院人) 茲以非健保(自費)身分住院，願意依通知準時繳費，並於出院前繳清應付之一切醫藥住院等費用，違反時，願意配合出院或轉院，特此申請書存照。

二、每日需自付病房費(含護理費、診察費)標準如表列，請簽名：

一人間		二人間		多人間	
等級	收費	等級	收費	等級	收費
1-ST	<input type="checkbox"/> 5,533	2ND	<input type="checkbox"/> 4,133	3RD	<input type="checkbox"/> 1,748
SP-4	<input type="checkbox"/> 6,233	2NDV	<input type="checkbox"/> 4,133	5RD	<input type="checkbox"/> 1,774
SP-2	<input type="checkbox"/> 7,233	2NDE	<input type="checkbox"/> 4,633	2ND1	<input type="checkbox"/> 2,412
OBS	<input type="checkbox"/> 7,233	HP-2	<input type="checkbox"/> 4,633	2ND2	<input type="checkbox"/> 2,412
HP-1	<input type="checkbox"/> 7,233			2ND3	<input type="checkbox"/> 2,412
SP-C	<input type="checkbox"/> 8,233			2NDB	<input type="checkbox"/> 2,412
SP-P	<input type="checkbox"/> 10,233			2NDC	<input type="checkbox"/> 2,412
SP-G	<input type="checkbox"/> 10,833			HP-3	<input type="checkbox"/> 2,412
SP-O	<input type="checkbox"/> 11,233				
SP-F	<input type="checkbox"/> 14,833				
SP-E	<input type="checkbox"/> 22,233				
隔離病床		特殊病床		加護病床	
等級	收費	等級	收費	等級	收費
ISR	<input type="checkbox"/> 3,485	BR	<input type="checkbox"/> 2,117	EICU	<input type="checkbox"/> 12,342
ISRB	<input type="checkbox"/> 3,485	SBR	<input type="checkbox"/> 5,452	ICU	
ISRA	<input type="checkbox"/> 6,531	NM	<input type="checkbox"/> 6,265	RICU	
2TB	<input type="checkbox"/> 6,531	BMT	<input type="checkbox"/> 20,366	NICU	
		BUWA	<input type="checkbox"/> 4,363	PICU	
		BUW	<input type="checkbox"/> 4,363	RCU	
				RTC	
				CVDU	
				NCU	
				SNCU	
				CCU	
				CICU	
				BUCU	<input type="checkbox"/> 12,342
				BUC	<input type="checkbox"/> 24,245

入住病房後若欲更換病房，可向護理站申請，本院視空床情形做適當安排。

三、本院為確保住院病人之隱私權，同房間以安排同性別病人入住為原則。

四、住院飲食為自費項目，同意依貴院公告之各項飲食收費標準繳費。

五、同意住院期間不私帶電器使用。

六、住院期間停車事宜：

經護理站證明為住院病人或其家屬後(需有本人之行照及駕照)，請洽總務室(02)28757003；例假日請洽管理室(02)28712121 轉 7614。

七、有 無，私人商業保險。

八、同意不同意，公開本次住院訊息(姓氏、入住病房、床號等)，供訪客至服務台及本院網頁查詢。(如勾選**不同意**，手術室外之病人動態亦將一併保密)。

九、如有醫療服務爭議訴訟，雙方同意以臺灣士林地方法院為第一審管轄法院。

十、立同意書人係基於自由意願簽訂本申請書。

◎立同意書人：_____

與住院人關係：本人 親友，關係：_____

手機/電話：_____

◎住院人：_____

住址：_____

手機/電話：_____

◎連絡人：_____，關係：_____

住址：_____

手機/電話：_____

此致

臺北榮民總醫院

中 華 民 國 年 月 日

◎住院人如無法或無能力簽署本同意書，則由其親屬或其他相關人等簽具。

◎住院人如為未成年或無行為能力人，須由其法定代理人簽具。