

入院のご案内

【入院手続き】

手続の場所：1階受付

- 下記の書類をご提示ください。
 - ・診察券（お持ちの方）
 - ・**お手持ちの保険証・医療証等すべて**
 - ・紹介状（お持ちの方）
- 入院誓約書（兼入院申込書）にご記入をいただきます。
- 入院予約時、お部屋のご希望をお伺いしておりますが、ご希望通りのお部屋が準備できない場合もございますので、ご了承ください。

【入院時に準備するもの】

- 入院時には、下記の物をご準備ください。
 - 健康保険証・限度額適用標準負担額減額認定証・身体障害者手帳（障害者の方のみ）・医療証（お持ちの方）
 - 印鑑（患者様と保証人様分）
- ※必要な方のみ（お名前をご記入してお持ち下さい。）
- 入れ歯 電気カミソリ（充電器も併せてお願いします） くつ くつ下（10足程度）
 - テレビをご覧になる方はイヤホン 使い捨てマスク（1箱程度）

【貴重品について】

- 貴重品、多額の現金はお持ちにならないでください。
- 鍵つきセーフティーボックス（床頭台ユニット、備付家具）：入院中は必ず施錠し、鍵は患者様、またはご家族の方が管理してください。なお鍵を紛失された場合はチームステーションにお申し出ください。再発行の費用がかかります。

【入院診療費について】

- 各種保険をご利用いただけます。

【その他費用】

- 入院セット料金（業者委託） アメニティセット
- お食事の際エプロンをご利用になる方：一箱 350円（50枚、毎食使用した場合は2週間程度）
※使い捨てタイプのみ持ち込みも可能です。

【差額室料金】※税込

- 差額室料 個室（療養病棟）1日 4,400円、8,800円
（回復期リハビリテーション病棟）1日 5,500円
- 2人部屋（療養病棟）1日 2,200円、2,750円
（回復期リハビリテーション病棟）室料負担なし
- 4人部屋 室料負担なし
- 入院保証金の有無 必要ありません。

【テレビ及び冷蔵庫のご利用について】

- テレビをご利用希望の方は別途、カード自販機で「テレビ用カード」をご購入下さい。
1,000円/枚（600分 36秒/1度数）
※退院時に残度数の精算はできませんが、10円未満の端数は切り捨てになります。ご了承ください。
なお、ご家族の来院がない場合は、「入院誓約書」の申込者様宛にご郵送させていただきます。
- 冷蔵庫をご利用希望の方はお申し込みをお願いいたします。 200円/日
（飲食物の差し入れは医師の許可が必要となります）

【入院費請求・会計について】

- 入院費用は月末に清算し、請求書は翌月 12 日過ぎにご郵送いたします。20日頃までに健康保険証と同封の入院費のご案内をご持参の上、現金、クレジットカードもしくは振込でのお支払いをお願いいたします。
※クレジットカードについては 5000 円以上のお支払いの場合ご利用いただけます。
 - ・対応可能種類：JACCS、VISA、Mastercard
- 月途中のご退院の場合は退院時にお支払いをお願いいたします。
 - ・受付時間 月～金曜 9 時 00 分～11 時 30 分、13 時 00 分～16 時 30 分
土曜 9 時 00 分～11 時 30 分
- 領収書の再発行はできません。高額医療費の払い戻し、所得税の医療費控除を申告するときなどに必要ですので、大切に保管してください。
- アメニティセットについてはレンタル品取り扱い会社との契約になりますので別で請求が届きます。

【入院中のルール】

- 病院内では暴力暴言などや他の患者さんに迷惑をかけないようにお願いいたします。
- 無断外出や病院内での飲酒、賭け事は禁止しています。
- 病院施設、設備などを破損したり、汚したりしないようにご注意ください。
- 煙草は、ご本人さまはもちろん周りの方の体に悪影響を及ぼします。また火災の原因ともなります。当院では、入院およびご来院の皆さまの健康を守るため『敷地内全面禁煙』となっております。
- 院内での携帯電話の利用が一部可能になりました。1 階エントランスホール、4 階談話コーナーでは携帯電話がご利用できます。消灯時間を過ぎての使用は禁止いたします。ほかの患者さまの迷惑にならないように、マナーを守ってご利用ください。

【面会・お見舞い】（コロナ以前の対応）

- 面会時間・平日：15 時 00 分～20 時 00 分 ・土日祝日：10 時 00 分～20 時 00 分
- 1 階受付（ご面会受付票）にお名前を書き、セキュリティカードを受け取り、病室にお入り頂きますようお願いいたします。当院では防犯上、ICカードによる利用制限を行っております。

※ 現在の面会・お見舞いについて

当院ホームページからのご予約制となります。

【担当医師との面談】

- 予約制になっておりますので、事前にお電話での予約をお願いいたします。
電話 045-511-7811（代）

【医療連携相談室】

病気やけがによって生じる様々な問題や心配事に対して、安心して療養生活を送って頂けるよう、医療ソーシャルワーカーが患者様やご家族様からの相談をお受けしております。

相談時間：平日 9 時 30 分～16 時 30 分

土曜：9 時 30 分～11 時 30 分

電 話：045-511-7811（代）

入院誓約書(兼入院申込書)

令和 年 月 日

市ヶ尾病院長 殿

患者氏名 _____

このたび、貴院に入院するにあたり、院内の諸規則や指示を守り、下記事項についてもご迷惑をかけないことを、保証人連署の上、誓約いたします。

1. 医師、看護師の指示、注意等は必ず守ります。
2. 病状の軽快や悪化及び諸般の事情による病室の移動については、病院あるいは担当医師の指示に従います。
3. 入院費用・その他の諸費用の支払い(連帯保証人は極度額)及び身元に関する全ての事項の引き受けについては、申込者ならびに連帯保証人の責任において貴院に迷惑をかけません。
4. 当院では入院手続き時に保険証・医療証などコピーさせていただきます。個人情報保護を徹底し取り扱いには十分に注意いたしますので、ご協力をお願いします。

入院患者	ふりがな		性 別	生年月日(明・大・昭・平)
	患者氏名	印	男・女	年 月 日(歳)
	現住所	〒 _____ TEL: ()		
勤務先	〒 _____ TEL: ()			

申込者	ふりがな		性 別	
	氏 名	印	男・女	(入院患者との続柄)
	現住所	〒 _____ TEL: ()		
勤務先	〒 _____			

- (注) 1. 入院患者と申込者が同じ場合は、申込者欄は不要です。
 2. 入院患者本人が被扶養者の場合は、その保護者(扶養義務者)も申込者欄に署名捺印をしてください。

この度、貴院に入院するにあたり、患者(入院者)が誓約した事項について連帯して責任を負うことを誓約いたします。入院費用等の支払い極度額は _____ 円

※極度額とは連帯保証人として責任を負う上限金額です。
 ※患者容態の変化に応じて治療内容変更が生じる場合には、改めて「極度額」変更についてご相談させていただきます。

連帯保証人	ふりがな		性 別	
	氏 名	印	男・女	(入院患者との続柄)
	現住所	〒 _____ TEL: ()		
勤務先	〒 _____			

医事課記入欄

冷蔵庫	説明済み	使用	不使用	室料差額	無	円
入院日	年	月	日	退院日	年	月 日
科・病室	科	号室		担当者		

当院に入院される患者様へ

～お薬について～

●当院に入院される前に服用・使用されていたお薬

内服薬

外用薬（吸入薬、点眼薬、貼り薬、塗り薬など）

インスリンなどの注射剤

市販薬、健康食品等

など

はすべてご持参の上、病棟看護師に提出

して下さい。

その際、「お薬手帳」「薬剤情報提供書」なども一緒にご持参下さい。

●入院時にご持参されたお薬（持参薬）は一旦、病院でお預かりした後、医師の判断により、必要と考えられるものを服用していただきます。

●持参薬を服用し終わった場合、さらに継続服用が必要なお薬は当院より代替のお薬を処方します。その際、お薬の種類、名称、形状、錠数等が変わることがあります。入院期間中、お薬についてご相談等ございましたら、担当の薬剤師にご相談下さい。

●入院中の服薬については、主治医の管理指導の下に行っております。自己判断での服用は禁止とさせていただきます。また、入院中、他院にかかる予定がある場合には必ず主治医にお申し出下さい。

