


入院案内

入院日当日の流れ（所要時間：2時間程度）

- 入院受付（患者様：採血・レントゲン撮影）
- 担当 ソーシャルワーカー（相談員）からのご案内
- 病棟クランクからの入院生活・リースなどのご案内
検査終了後、病棟へ移動
- リハビリ職による患者様の入院時機能評価
- 看護師からご家族様へ聞き取り
- リハビリ職からご家族様へリハビリ計画支援書の説明
- 主治医からのご家族様へ説明（順番が前後する事があります）
- 1階受付に書類（誓約書など5枚）のご提出

医療法人社団 和敬会

 さかえ病院

〒651-2211 兵庫県神戸市西区押部谷町栄 191-1

代表 TEL:078-994-1202 FAX:078-994-4989

病院ホームページアドレス <https://sakae.wakeikai-gr.or.jp/>



ホームページはこちらから

～ 私たちは患者さまの権利を尊重いたします ～

私たちは、医療行為が患者さまと医療関係者との信頼関係の上に成り立つものであり、医療の中心はあくまでも患者さまであることを深く認識し、ここに患者さまの権利を尊重することを宣言し、制定いたします。

1. 個人として常にその人格を尊重される権利があります。
2. 良質な医療を平等に受ける権利があります。
3. 自分が受ける治療や検査の効果や危険性、他の治療法の有無などについてわかりやすい説明を理解できるまで受ける権利があります。
4. 自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意思を表明し、自ら決定する権利があります。
5. 開発途上にある医療(臨床治験等)について、十分な情報提供を受けた上で、その医療を受けるかどうか決める権利があります。
6. 自分が受けている医療について知る権利があります。
7. 自分の情報を承諾無くして第三者に開示されない権利があります。

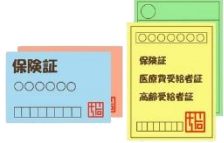

～ 患者さまにご協力いただきたいこと ～

1. 自分の病気を治そうとする意思と努力をお持ちください。
2. 心身の健康状態、その他必要事項について正確な情報をお伝えください。
3. 検査・治療などの医療行為は、よく理解していただき同意の上で受けてください。
4. 心身の状態の変化、治療中問題があれば、お知らせください。





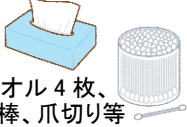


医療法人社団 和敬会
さかえ病院

■ 入院に際しての準備物




入院手続きの際、ご準備頂くもの（入院当日受付にお声かけ下さい）

<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 各種受給者証 	月1回必ずご提示をお願い致します。 変更があった場合は変更月中に速やかにご提示下さい。 ご提示がない場合は自費扱いとなります。
<input type="checkbox"/> 診察券	
<input type="checkbox"/> 障害者手帳	
<input type="checkbox"/> 介護保険証	更新された場合、速やかにご提示ください。
<input type="checkbox"/> 提出書類(誓約書等)	
<input type="checkbox"/> 印鑑	
<input type="checkbox"/> 退院証明書	紹介元の病院で準備してあります。
<input type="checkbox"/> 服薬中のお薬、お薬手帳、 薬剤情報提供書 	塗り薬、目薬、栄養剤、自己注射剤等全てのお薬を ご提出下さい。 お薬手帳は退院時にお返し致します。

入院時の携帯品 **全ての持ち物に必ず名前をご記入下さい** *洗面用具は受付でも一部販売しています。

<input type="checkbox"/> 衣類 日常着(トレーニングウェア) 病衣(パジャマ) 肌着(上下) 靴下  通常(汚染等がない場合)、3セットを目安として下さい。 着脱しやすいものをお願い致します。 基本的に入浴日(週2回程度)に着替えていただきます。	<input type="checkbox"/> 靴 リハビリを行うため運動しやすい靴を お願い致します。 	
<input type="checkbox"/> 入浴用品 シャンプー、リンス、 ボディソープ等 	<input type="checkbox"/> 洗面用具 洗面器、コップ、 歯ブラシ、歯磨き粉、 電気シェーバー等 	<input type="checkbox"/> 日用品 ティッシュペーパー ウェットティッシュ、タオル4枚、 バスタオル4枚、綿棒、爪切り等 
<input type="checkbox"/> ナイロン袋 汚染の衣類を入れる等に 使用させていただきます。 10枚ほどご用意ください。 	<input type="checkbox"/> テレビ視聴イヤホン 受付で購入可能です。 	

必要に応じてご用意頂くもの

<input type="checkbox"/> 義歯用品 義歯ケース、義歯洗浄剤 義歯固定剤等 	<input type="checkbox"/> 食事用エプロン (使い捨て) 	<input type="checkbox"/> 介護用クッション 
---	---	--

※その他必要物品があればこちらからお伝えしますのでご準備をお願い致します。

- * 日用品などのリースやおむつに関すること(契約・使用状況等)は受付へお問い合わせ下さい。(平日 9:00~16:30)
 リースを使用されない方も緊急使用時のために、必ず入院当日にお手続きして頂くようお願いしております。
 日用品や衣類が汚染し不足した際に補充が間に合わない場合はリース物品を使用して下さい、リース料が発生します。
 おむつに関しては、こちらでご用意したものを使用させて頂いております。
- * 携帯品に関しては病院での管理は出来かねます。管理・補充はご家族の責任でお願い致します。

■ 入院中の生活について

● 起床・就寝・食事の時間

起床時間	6:00
食事時間	【朝食】8:00 【昼食】12:00 【夕食】18:00
消灯時間	21:00 消灯後は他の患者様のご迷惑になりますので、病室で静かにお休み下さい。

● 食事

お食事は医師の指示により管理栄養士が患者様の病状・状態に合わせたものをご用意します。患者様への飲食物の持ち込みは主治医の許可が必要です。ナースステーションにてご確認ください。

○朝食がパン食となっております。(5分粥・3分粥を除く)

下記のように変更可能ですので、ナースステーションまでお申し出ください。

①パンをご飯又はお粥に。

②菓子パンの日を食パンに。(糖尿病食の患者様のみ菓子パンの日は食パンになります。)

※食材の物流の都合上、対応が出来ない場合があります。ご了承下さい。

○主食量の選択

・一般食(栄養的に制限のない食事)の方は、ご飯量・粥量が選択できます。(大盛・小盛)

特別食(栄養的に制限のある食事)の方は、医師の許可があれば選択可能です。

○欠食される場合は、配膳 2 時間前までにご連絡ください。(時間が過ぎると食事の取り消しはできません。)

○お茶・お湯は 24 時間給湯器を設置しておりますので御利用ください。

○お食事は、患者様ご本人のみへの提供となります。

● 服薬

入院中に必要なお薬は当院でお出しします。

やむを得ない場合の他院への受診はナースステーションへ事前にご連絡下さい。

(当院主治医の確認と受診先病院への提出書類が必要です。必ず受診先病院へ提出をお願い致します。)

● 入浴

○入浴は主治医の許可が必要です。浴室利用時間:平日のみ 午前 10 時～午後 4 時

詳しくは各病棟でおたずねください。

● 寝具

寝具は当院でご用意しておりますので、ご持参の必要はありません。

タオルケット・毛布の持ち込みは可能です。

● 付添

原則として付き添いは認められません。ただし、主治医が特に付き添いを認めたご家族に限り許可する場合があります。

● 外出・外泊

外出・外泊には、主治医の許可が必要です。届出書をナースステーションへ提出して下さい。

必ずご家族様が病棟までの送迎をお願い致します。(21 時までにお戻りください。)

リハビリ等の予定を組む必要上、届出書は外出・外泊日の前々日の 12 時まで提出して下さい。

なお、外出泊が土日祝になる場合は、木曜日の 12 時までにお知らせ下さい。

● 病室病棟の移動について

病棟・病室の決定、移動は患者様の治療や病院運営上の都合により病院担当者の判断で随時行いますので、ご了承下さい。

● テレビのご利用について

テレビカード販売機でカードをご購入の上、イヤホンを使ってご視聴下さい。(1 枚 1000 円・販売機は 2 階に設置)

退院時には精算機(1 階 検査科前に設置)で精算して下さい。【紛失・破損時】リモコン 3,300 円、床頭台の鍵 1,100 円の負担をお願いします。

● 散髪

散髪をご希望の患者様は、1 階受付にて散髪券(1,500 円)のご購入をお願い致します。散髪券は、各病棟のナースステーションにご提出ください。

■ 集団生活におけるルール

● 貴重品について







盗難予防などについては、職員一同充分に注意しておりますが、金銭・貴重品は各自で管理をお願いします。
盗難・紛失に関しては、当院では一切責任を負いかねます。

● 電気器具の持ち込みについて

- 当院では、電気器具の持ち込みについて原則禁止しております。場合によっては使用して頂くことが可能なものもございますので病棟課長にご相談下さい。使用される場合は、必ず申請書にご記入の上、提出をお願い致します。
- 次の器具は持ち込みできません。《テレビ・電気ポット・冷蔵庫・ヒーター等》
- 持ち込まれる器具の使用や取扱方法などのご対応はできません。
- 器具の使用・充電などは病室の床頭台コンセントをご利用下さい。但し、病室内のコンセントは治療に必要な医療・介護器具が優先使用となります。特に**赤色のコンセントは緊急時医療専用**ですので、ご利用できません。
- 持ち込まれた器具の故障・紛失が生じた場合、病院・病院職員は一切保証致しかねます。

● その他

- 緊急時以外の電話のお取り次ぎは致しかねますので、ご了承下さい。
- 患者様が院内の自動販売機をご利用される場合は、主治医の許可が必要です。
(飲み物の自動販売機は正面玄関・2階に設置)
- 入院患者様の駐車場は用意しておりません。なお、病院長が必要と判断した場合はこの限りではありませんので、病棟看護師にお申し出ください。ただし駐車中の事故・盗難については病院は責任を負いませんので御了承ください。

<p>携帯電話は病室内、集中治療室(ICU)、手術室、救急処置室付近でのご使用はご遠慮下さい。周囲の迷惑にならないよう決められた場所でのご使用をお願い致します。 (マナーモード設定)</p> 	<p>当院は敷地内全面禁煙となっておりますのでご了承下さい。</p> 	<p>故意、又は過失で病院の備品やそれを破損された場合は、実費を頂くことがございます。</p> 
<p>テレビやパソコンなどの音や光の出る物はイヤホンのご使用をお願い致します。消灯後から起床時間までのご使用はご遠慮下さい。</p> 	<p>入院期間中を通じて駐車されることは、固くお断り致します。(駐車場での盗難・事故に関しては、当院は一切責任を負いかねますのでご了承下さい。)</p> 	<p>入院中に他の患者様や、当院に迷惑を及ぼす行為があった場合は、退院を命じることがあります。(特に他の患者様・職員への暴言・暴行があった場合は即退院をして頂くことがあります。)</p> 

■ 入院患者様及びご家族の皆様へ

○「入院治療計画書」に基づき、主治医より病気の程度、入院期間、治療、検査の方法、リハビリテーションなどについて説明を行い、各種同意書へのサインなどをお願いする場合がございますので、**平日 9:00~17:00**の間に来院をお願いすることがあります。主治医の説明は患者様ご自身で聞かれるか、又はご家族やご家族以外のご同席を頂いても結構です。

ご病状によっては当院側より特にご家族の同席をお願いすることがありますのでご了承下さい。

○手術・特殊検査・輸血は事前に主治医からご説明させて頂き、同意書の記入をお願いします。

○災害等の緊急時は、職員の指示を守って安全に避難して下さい。

(あらかじめ非常口・避難経路の確認をお願い致します。)

○破損しやすい物(花瓶・生花・鉢植えや写真立てなどガラス製・陶器製のもの)の持ち込みはご遠慮下さい。

○当院では、医師、看護師、その他医療スタッフへの「お心づけ」は一切ご辞退しております。

○病院に対するご意見・ご質問がございましたら、一階ロビーに意見箱を設置しておりますのでご利用下さい。

● 面会について

面会時間につきましては、受付やホームページでご確認ください。(感染症などの流行状況などで時間が変更になる場合がございます。)インフルエンザ等感染性疾患の疑いのある方、37.2℃以上の発熱中の方はご遠慮下さい。酒気を帯びての面会、ペットを連れての面会はお断り致します。院内では携帯電話をマナーモードにし、所定の場所での使用をお願い致します。

■ 実習生の受入体制について

当院では、各種大学・専門学校等の実習生受け入れを行っております。
当院職員が実習生の指導監督を担当する場合がございますので、皆様のご理解とご協力よろしくお願い致します。
なお個人情報保護に関しては、各学校との取り決めにより適切に実施しております。

■ 入院費用のお支払いについて

入院費は、月末締めで翌月 10 日に確定します。請求書は受付にございますので、受付でお声掛けください。また、郵送をご希望の場合は、お申し出ください。お支払いは毎月 25 日までをお願いいたします。

月の途中で退院される場合は、退院日までの精算になりますので退院日当日に受付までお越し下さい。

※時間外・休日の退院は翌日以降のお支払いとなります。

領収書の再発行は、致しかねます。大切に保管してください。

お支払いは、下記の方法がございます。

- ① 窓口支払い 受付時間：月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:30

・現金

・各種クレジットカード(JCB・VISA・マスター・アメリカンエクスプレス・DC)

※支払いに来院された方のカードのみ使用可能です(一括払いのみ)



- ② 銀行振込

※お振込みの際は、患者様のお名前で振込みをお願い致します。手数料は患者様負担となります。

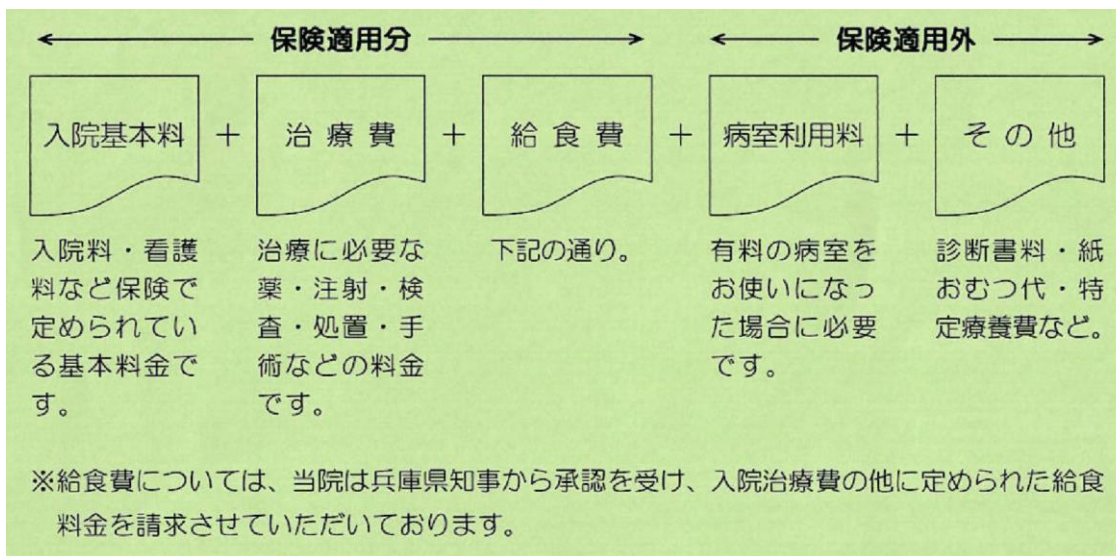
10 万円を超える現金でのお振込みをされる場合、本人確認のご提示を求められる場合がございます。

保険外費用については「保険外負担に関する同意書」をご参照下さい。

ご不明な点がございましたら受付にお申し出下さい。

【各種保険で入院される場合】

入院基本料、治療費(薬・注射・検査・処置・手術などの費用)、給食費を各保険で定められた負担割合で算定し、他の保険適用外のご負担額があれば、ご一緒にお支払いいただきます。



■ 診断書、証明書等について

受付時間: 月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:30

診断書、意見書などの各種書類につきましては、1階受付でお申し込み下さい。診断書の種類によっては、退院日に合わせてお渡しできるものもございますので、お早めに受付までご相談下さい。

費用については「保険外負担に関する同意書」をご参照下さい。

また病棟では書類・現金等お預かり出来かねますのでご了承下さい。

■ 地域医療連携室の利用について

入院中のお悩み事や、退院後の事(利用できる制度やサービス・福祉用具)を知りたい等のご相談がございましたら、担当の医療ソーシャルワーカー(相談員)までご相談下さい。

相談をご希望の患者様・ご家族様は、直接お電話を頂くか、受付もしくはナースステーションにてお申し出下さい。ソーシャルワーカー不在時や面談時は、お待ちいただく場合や後日でお約束させていただく場合がございます。予約も可能ですので、事前にご連絡下さい。

受付時間: 月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:30

電話番号: 078-994-1202

■ リハビリテーションについて

リハビリテーションは医師の指示のもと、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が提供いたします。内容は患者様の病状に応じたリハビリテーションを行います。多職種で連携を図り生活の場に応じた支援をいたします。

■ 他院受診について

- ① 入院中に他の医療機関に『通院する』『薬をもらう』『処置に通う』『検査を受ける』『注射をする』等はお控えください。
- ② 入院中に『外泊期間中に他医療機関を受診すること』や『ご家族の方が薬をもらいに行く』ことはしないでください
- ③ 既に他院に受診予約のある方はお申し出ください。

■ 退院について

退院の許可が出ましたら、担当ソーシャルワーカーとご相談の上、日程を決めていきます。

ジェネリック医薬品の使用促進について

昨今、国の方針としてジェネリック医薬品の使用を推進しています。そこで現在、厚生労働省を中心として、患者さんが安心してジェネリック医薬品を使用できるように品質の確保や情報提供などの様々な取組みがなされています。

当院においても国の方針を受けて、ジェネリック医薬品の使用を推進しております。皆様のご理解をお願い申し上げます。

ジェネリック医薬品(後発医薬品)とはどんな薬？

- 1、 先発医薬品と同じ有効成分、同じ効果をもつ医薬品の事です。
- 2、 成分が同じであるため、有効性は先発医薬品と変わりません。
- 3、 薬の形状(錠剤・カプセル等)やにおい等を変えることができるため、より使用しやすく改善されているジェネリック医薬品もあります。
- 4、 先発医薬品より安価で経済的なため、患者さんの自己負担の軽減や、医療保険財政の改善につながります。
- 5、 ごくまれに医師の判断により先発医薬品を使用する場合があります。

お口の中のケアは良いことがいっぱい



当院では、楽しく安全に食べていただくために口腔ケアグッズを下記のようにそろえております。

どうぞ病棟でご購入をよろしくお願いたします。R4年9月

商品名	価格(税込)	用途
タフトブラシ	336 円	磨き残しの多いところ、奥歯、前歯の裏・歯並びの悪いところなどを磨きます。歯垢を落として口臭・虫歯予防。
マウスピュア吸引用 歯ブラシ	286 円	唾液がたまりやすい方に歯磨きしながら吸引ができます。呑み込みができない方用。誤飲を防ぎます。
リフレケア 2種類あります (ライム・ミント味)	2200 円	研磨剤や発泡剤未使用。寝たきりの方の口腔内をきれいにし、香りで、脳を活性化。マッサージをして味覚・臭覚への刺激を行います。口腔内の乾燥を防ぎ、口の中を潤します。
トゥースペースト	1870 円	口腔内を浄化し、口臭をやわらげる低刺激の歯磨きです。高価ですが3 か月は使用可能です。
コンクール	1048 円	虫歯の発生進行予防・歯肉炎歯周病の予防。薄めて使用。 (歯科受診の方には定期的に歯科からお渡しします。)
介助用スプーン (大・小)	330 円	樹脂製で口元にやさしいスプーンです。食べる量に合わせて大きさを使い分けします。
スポンジブラシ (20 本入り)	550 円	寝たきりの方で、ご自分で口腔ケアができない方に使用させていただきます。

摂食機能療法と歯科受診についてのご案内

食べることは、口から栄養をとり生きるための本能であるとともに、五感で味わい、心を満たし、会話や交流を楽しみ、人間らしく生きることの大切な営みです。しかし、病気や高齢になると、食事でむせる、喉につかえるなどの症状がおこります。また、口の中を清潔に保つことが難しくなり、細菌が増えることで誤嚥性肺炎の危険性も高まります。そこで、当院では歯科医師連携のもと摂食機能療法を行い、口の中を清潔にすることで、誤嚥性肺炎の予防に取り組んでいます。また、口の中の環境を整えることは、病気からの早い回復やその後のQOL(生活の質)の維持・向上に大きく関わります。

摂食嚥下機能 = 『食べること』『口の機能』をチェック!

- 食べこぼしがある 食事でむせる 食べるのに時間がかかる
- うまく飲み込めない 口臭がする 口が^{くち}渴く・乾燥している
- 口の中が^{くち}汚れている・不快感がある 話す機会が減った

チェックの多い方は・・・要注意!

※いくつかの症状があてはまる患者さまは、摂食嚥下訓練が必要となります。

その評価は医師・看護師・言語聴覚士が行い、摂食機能療法や歯科受診のプログラムを考えていきます。

《摂食機能療法》

患者さまの「食」生活の改善にむけて、訓練や改善方法のアドバイスをを行います。

- ・口の中や口の周りのマッサージなどのケア
- ・口の体操
- ・食べやすい食事の形や姿勢の調整
- ・ゼリーなどの食べ物を用いて飲み込みの練習

また、必要に合わせて、嚥下造影検査（造影剤を入れた食べ物を食べていただき通りを確認します）により、どのような食事形態が食べられるかを確認します。

《歯科受診》

口の中の汚れ、口臭、乾燥具合、入れ歯が合っているかなど、歯科医師・歯科衛生士のサポートが受けられます。初診は無料ですが、二回目からは有料となります。

【連携歯科】

〒674-0051

明石市大久保町大窪945-1

津川歯科 TEL 078-938-1022

次のページからの書類をご記入の上、
入院当日に受付へご提出下さい。

(合計 5 枚)

- ①入院誓約書
- ②緊急連絡先
- ③通常業務での個人情報の利用目的 同意書
- ④保険外負担に関する同意書
- ⑤入院時確認書(「退院証明書」をお持ちの場合はこちらの用紙の記入不要です。)

入院誓約書

この度、貴院へ入院するにあたり、下記の注意事項・諸規則等を遵守することを誓約いたします。
万一、貴院の諸規則に違反し、または職員の指示に従わなかった場合、退院を命じられても異議は申し立てません。

- 1.入院中は、医師、看護師及びその他の職員の指示に従います。
- 2.入院案内及び院内掲示物の記載事項を遵守します。
- 3.病状や感染症管理、医療安全管理等により、病室や病棟等の移動が必要と判断された場合には、その指示に従います。
- 4.退院の指示があった場合は、指定期日までに退院します。
- 5.保険証・住所等に変更があった場合は、遅滞なくお知らせいたします。
- 6.入院費用及びその他の諸費用は、指定期日までに支払います。

さかえ病院 病院長 殿 西暦 年 月 日

フリガナ
患者氏名 _____ ⑩ 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住 所 _____

電話番号 自宅() —

携帯() —

私は、上記患者に関する身元の引き受け及び患者が誓約した上記事項 1～6（6 の費用に対する補償極度額は 10 万円を上限とする）について責任を負うことを誓約いたします。

【身元引受人】 ※患者様と同一世帯の方でもかまいません。

氏 名 _____ ⑩ 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住 所 _____

電話番号 自宅() —

携帯() —

勤 務 先 _____

電話番号 () —

患者との関係 配偶者・子・父・母・孫・その他()

緊急連絡先

西暦 年 月 日

患者氏名 _____

緊急連絡先 (1)	住所 〒
	氏名 (続柄)
	自宅 () —
	携帯 () —
	勤務先 電話() —
緊急連絡先 (2)	住所 〒
	氏名 (続柄)
	自宅 () —
	携帯 () —
	勤務先 電話() —
緊急連絡先 (3)	住所 〒
	氏名 (続柄)
	自宅 () —
	携帯 () —
	勤務先 電話() —

通常業務での個人情報の利用目的 同意書

以下「当法人」という)の個人情報の利用目的及び使用は以下のとおり。

【患者様等への医療・介護の提供に必要な利用目的】

〔当法人での利用〕

1. 当法人で患者様等(検診・健診・ドックを含む)に提供する医療
2. 医療・介護保険事務
3. 患者様に係る管理運営業務のうち、
①入退院等の病棟管理 ②会計・経理
③質向上・安全確保・医療事故あるいは未然防止等の分析・報告④患者様等への医療・介護サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供〕

1. 当法人が患者様等に提供する医療・介護のうち、
① 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
② 他の医療機関等からの照会への回答
③ 患者様等の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
④ 検体検査業務の委託・その他の業務委託
⑤ ご家族様等への病状説明
2. 医療・介護保険事務のうち、
① 保険事務の委託
② 審査支払機関又は保険者へのレセプトの提出
③ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
3. 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
4. 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
5. 第三者機関への質向上・安全確保・医療事故対応・未然防止等のための報告

【上記以外の利用目的】

〔当法人での利用〕

1. 医療機関等の管理運営業務のうち、
① 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
② 医師・看護師・薬剤師・検査技師・放射線技師・理学療法士・栄養士・医療事務等の学生実習への協力
③ 医師・看護師・薬剤師・検査技師・放射線技師・理学療法士・栄養士等の教育・研修
④ 症例検討・研究および剖検・臨床病理検討会等の死因検討
⑤ 研究、治験及び市販後臨床試験の場合、関係する法令、指針に従い進める。
⑥ 治療経過および予後調査、満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
⑦ 認知症等による事故防止のための患者様の情報交換

〔研修会・学会・医学誌等への発表〕

特定の患者・利用者・関係者の症例や患部部位写真による研修会におけるの発表及び事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化する。匿名化困難な場合は、ご本人又はご家族様の同意を得る。

〔他の事業者等への情報提供を伴う事例〕

1. 当院の管理運営業務のうち、
①外部監査機関への情報提供
②当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や
居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

さかえ病院 殿

西暦 年 月 日

上記、利用目的及び使用について同意いたします。

当法人(各事業所)より、職場やご自宅へご連絡する際「事業所名と担当者名」を名乗りますが、よろしいですか。

かまわない 拒否する(理由:)

外部からの面会、または電話での問い合わせ

拒否しない 拒否する(理由:)

院内におけるの放送やお呼出について

拒否しない 拒否する(理由:)

患者様取り違え等、医療事故防止のため病室入り口及び病室内(ベッド、点滴等)に名前を表示しますが、よろしいですか。

かまわない 拒否する(理由:)

オンライン資格確認システムにより健康保険限度額適用を確認してもよろしいですか。

かまわない 拒否する(理由:)

利用者氏名 : _____ ④

住 所 : _____

家族 氏名 : _____ ④(家族代表者又は代理人)

住 所 : _____

※上記質問で「拒否する」を選んだ場合は必ず理由とその他方法をお書き下さい。

保険外負担に関する同意書

当院では、健康保険法の療養の給付に該当しない下記のものについて、保険外負担として料金を定めさせていただいております。

○特別の療養環境の提供(室料差額料金について)

当院の1日にかかる室料差額料金は、下記の通りです。個室を希望される場合は、別途室料差額同意書の記載をお願いしております。ただし、身体機能によってはご利用頂けない場合がございます。

	個室料	テレビ	トイレ	洗面台	風呂	冷蔵庫 (2階のみ)
特別個室	¥8,800/日(うち、消費税額 800円)	○	○	○	○	○
1床個室	¥6,600/日(うち、消費税額 600円)	○	×	○	×	○

○保険外負担に関する事項

当院では下記の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしております。

シャンプー80ml	208円	ベビーオイル 125ml	902円
ボティソープ 90ml	140円	カミソリ	28円
ティッシュペーパー	68円	腹帯	1,056円
イヤホン	157円	ベビーローション	731円

口腔ケア用品

マウスウォッシュ(マウスピュア口腔ケアジェル 40g)	1,362円	コンクール	1,048円
リフレケア 70g	2,200円	ペプチサルトウスペーススト	1,870円
スポンジブラシ(20本入り)	550円	ペプチサルマウスジェル 42g	1,650円
タフトブラシ(S)(M)	335円	開口器	1,721円
歯ブラシ	150円	介助用スプーン(大・小)	330円

診断書等

証明書(病院指定分)	2,200円	おむつ証明書	1,100円
証明書(その他)	1,100円	入浴意見書	1,100円
診断書(病院指定分)	2,200円	CD-R代	1,100円
診断書(保険会社等)	5,500円	登校証明書	550円
死亡診断書	4,400円	明細書再発行	250円
特定疾患・指定難病診断書	5,500円	書類複写代	20円
身体障害書類申請書類	5,500円		

※テレビカード(1,000円)は、玄関・2階に自動販売機を設置しています。また、未使用分の精算機は1階検査室前にあります。

※その他、治療に必要な物品は別途ご説明のうえご購入していただく場合があります。切り取らずに提出してください

保険外負担に関する同意書

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担をすることに同意します。

西暦 年 月 日

(患者氏名) 印 (代理人氏名) 印 (続柄)

「退院証明書」をお持ちの場合は
こちらの用紙の記入不要です。

入院時確認書

平成14年4月の診療報酬の改正に伴い、同一の傷病で通算3ヶ月を超える入院の場合、保険診療費の算定基準が変わることになりました。つきましては、入院手続きの際に、必ず太枠内をご記入のうえ提出してください。正しく記入されなかった場合は、後日、入院費の一部が自己負担となり、追加負担が生じることがあります。

<h3>入院時確認書</h3>					
		西暦	年	月	日
さかえ病院 殿		患者住所 _____			
		氏名 _____ 印			
次のとおりであることを確約します。					
1. <u>過去3ヶ月以内に病院や診療所など健康保険証を使った医療機関に入院されたことがありますか？</u> <input type="checkbox"/> 内に✓でお答えください。					
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			
※以下は「はい」と答えた方のみご記入ください。					
2. 前回はどこの保険医療機関に入院されましたか？					
・医療機関の名称		_____			
・入院の理由(病名)		_____			
・入院期間	入院	年	月	日から	
	退院	年	月	日まで	

明細書	要 ・ 不
-----	-------

要介護認定	身障手帳 級
-------	--------

