

入院のしおり

様



医療法人 浩生会

舞子台病院

患者様へ

入院のしおりをお読みにになり、入院中の諸規則に、同意いただき、必要事項に署名捺印の上、入院誓約書等の入院手続きに必要な書類を1階受付に、ご提出いただきますようお願いいたします。

なお、ご不明な点がございましたら、病棟事務担当者にお尋ねください。

病院長

1. 入院の手続きに必要なもの

健康保険証	認印
食事標準負担額減額認定証	診療情報提供書
公費負担（医療費助成制度）	退院証明書
介護保険証	その他書類関連
現在服用中のお薬、お薬手帳	

2. 入院時に必要なもの

寝衣（1～2セット）・下着及び肌着（3～6セット）・タオル（5枚程度）
バスタオル（3枚）・筆記用具・生理用品・運動シューズ・ティッシュペーパー
歯ブラシ（歯の無い方は、マウスウォッシュ・口腔スポンジ）シャンプー・リ
ンス・電気髭剃り・コップ（2～3個）・洗面用具

※次のものは院内及び病室内の持ち込みをお断りします※

医療機器に影響がある機器類・電気ストーブ類・ペット類・ラジオ等の音響機
器・TV・ポータブルDV等

※※※お尻拭き用のウエットティッシュは必ず、ご持参ください。※※※

3. 設備について

公衆電話は1階ロビーにあります。

売店は1階のロビーにあります。営業時間は下記の通りです。

入院に必要な物を置いてありますので、ご利用ください。

平日の営業時間 8：30～16：00

土曜日の営業時間 8：30～13：00

日曜日・祭日（休み）

【 取扱商品例 】

パジャマ、下着、洗面用具、石鹸、シャンプー、タオル、ティッシュペーパー
文房具類、飲み物、お菓子、トロミ剤等

4. 駐車場のご利用について

病院向かい南東側に、来院専用駐車場を設けております。出られる際にご精算下さい。

基本料金：最初の20分は、100円

以後20分毎に、100円

※駐車場内での事故・盗難については、責任を負いかねますのでくれぐれもご注意ください。

5. 医療相談について

医療に関する心配事、お困りの時は、相談員が常置していますので、お気軽にご相談ください。

入院・外来患者・家族、院内外関係スタッフ、各関係機関から面接や電話で相談を受け、関係調整等、相談内容に即した対応を行います。治療終了後、介護が必要と考えられる場合は、あらかじめ看護師長、相談員も加わり、退院後の調整の準備をさせていただきます。

6. 入院時の確認書（退院証明書）について

この3ヶ月以内に他の病院に入院していた場合、退院証明書を必ずご提出ください。入院について正しく申告されなかった場合、後日入院費の一部が自己負担になることがありますので、ご注意ください。

7. 入院キャンセル等連絡について

診療の検査等の結果後、入院の必要性が認められた場合や転院相談後に入院される日と時間を予約いたします。病院の都合で変更していただく場合は、電話でご連絡いたします。

万一患者様の都合で変更される時は必ず診療時間内に、ご連絡ください。

●診療時間●

午前（月～土）午前9時～午前12時

午後（月～金）午後2時30分～午後4時00分

◆◆病院に到着されましたら1階受付スタッフに、お知らせください◆◆

8. 入院生活

お部屋に関しては病状あるいは治療上の理由で、病状や地域包括管理、長期療養選択、その他諸事情により急に病室やベッド、もしくは病棟をお移りいただくことがあります。ご家族様への移動に関する連絡はいたしませんのでご了承ください。既にご入院中の他の患者様もおりご本人様及びご家族様の希望に添えない場合もございます。

入院中のお荷物は、必要最小限度にしてください。病院は、多くの人が入り出します。現金や貴重品の盗難紛失には責任を負い兼ねます。

シーツ交換は、週に1回行います。（手術、検査等により変更する場合がございます。）

入浴は平日（月～金、祝日は除く）です。主治医から許可の出ている方は、ご利用ください。シャワー使用については、看護スタッフにお尋ねください。

※当院は、敷地内完全禁煙を実施しておりますので、入院中は禁煙をしていただきます。

検温の時間は、午前10時頃で、前日の尿と便の回数（前日の午前10時から当日の午前10時までの24時間）をお尋ねします。

採血のある場合は、午前6時頃に、お部屋に参ります。お食事は、とらずお待ちください。

消灯時刻は、午後9時です。午後9時以降は、電気・ラジオ・テレビ等を消して、静かにお休みください。消灯時刻以降や早朝のロビーで会話は、ご遠慮ください。

※無断外泊・外出等、又は喫煙、飲酒は禁止します。注意を促しても受け入れられない場合は、病状にかかわらず退院していただく場合もあります。

お食事時間は、朝食—午前8時・昼食—正午12時・夕食—午後6時以降となります。また特別管理給食の下で、管理栄養士によって管理された食事を適温で配膳しております。

適切なお食事を提供させていただくため申し込み締切時間を設けております。

締切時間：朝食6：30、昼食10：30、夕食16：30

特に緊急入院にて、お食事が必要とされる場合で提供ができない場合にはご家族様にて用意していただくか、病棟内にてご用意できる軽食（ゼリー等）を提供させていただくこととなります。

食物アレルギー除去食の対応を実施しております。つきましては、お食事提供の際及び問診票の記載時には必ず職員にご申告下さい。

9. 病棟のご案内

当院では、主に急性期疾患の治療と在宅復帰支援を目的とした一般病棟と長期療養を目的とした療養病棟を設けております。

3F 20床 一般病棟 40床 地域包括ケア病床

2F 60床 療養病棟

(一般病棟及び地域包括ケア病床13：1、療養病棟20：1)

●●● 一般病棟 ●●●

急性期疾患の治療、回復を目的とした病棟です。検査、手術が必要な患者様や集中的な治療が必要な時期（急性期）から、症状が少し安定してくる時期までの患者様を受け入れております。

●●● 地域包括ケア病床 ●●●

急性期の治療が一段落し病状が安定した後、引き続き在宅復帰に向けての治療・看護・リハビリ等を行う病床です。

※地域包括ケア病床への入院、転床に際しては、患者様の状態により主治医が判断し、患者様やご家族へ提案させていただきます。

入院期間は患者様の病状により異なりますが、

上限は60日となっております。

●●● 療養病棟 ●●●

症状が安定後するも治療を長期にわたり必要とされ、少しずつ在宅や施設に向けて治療・看護を行う病棟です。

※療養病棟への入院、転床に際しては、患者様の状態により主治医が判断し患者様やご家族へ提案させていただきます。

栄養管理が必要な場合

後遺障害が重い場合

気管切開管理や喀痰処置が重度な場合

難病等の症状が重い場合

重度な褥瘡をお持ちの場合

等

※長期にわたる看護を優先させるためリハビリテーション療法は、必要最小限とさせていただきます。尚、症状が改善し、リハビリテーション実施が可能な場合には、この限りではございません。

10. 入院費用とお支払について

入院費用の計算締め日は、月末としております。請求書は翌月15日頃に、お知らせいたします。退院日には当日もしくは前日に精算いたします。1階の受付会計係でお支払い下さいますようお願いいたします。入院中のお支払いはできるだけ3日以内でお願いいたします。振込みでもお受けいたします。詳しくは病棟事務担当に相談ください。

自己負担限度額について（70歳未満の方の区分）

所得区分	自己負担限度額	多数該当
①区分ア	252,600円+(総医療費※1-842,000円)×1%	140,100円
②区分イ	167,400円+(総医療費※1-558,000円)×1%	93,000円
③区分ウ	80,100円+(総医療費※1-267,000円)×1%	44,400円
④区分エ	57,600円	44,400円
⑤区分オ（低所得者）	35,400円	24,600円

※総医療費とは保険適用される診察費用の総額（10割）です。

※療養を受けた月以前の1年間に、3ヵ月以上の高額療養費の支給を受けた場合には、4ヵ月目から「多数該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減されます。

70歳以上の方の区分

所得区分	自己負担限度額	多数該当
現役並みⅢ	252,600円+(総医療費※1-842,000円)×1%	140,100円
現役並みⅡ	167,400円+(総医療費※1-558,000円)×1%	93,000円
現役並みⅠ	80,100円+(総医療費※1-267,000円)×1%	44,400円
一般所得者Ⅱ	57,600円	
一般所得者Ⅰ	57,600円	
低所得者Ⅱ	24,600円	
低所得者Ⅰ	15,000円	

◆◆◆入院したときの食事代◆◆◆

入院したときの食事代は、所得区分に応じて以下の食事療養標準負担額を自己負担します。

低所得者1・2の方が食事代の減額を受けるためには限度額認定証を入院時に医療機関に提示する必要があります。

食事療養標準負担額

所得区分		1食あたりの食事代
現役並み所得者	一般	490円
	指定難病患者等	280円
低所得者2	90日までの入院	230円
	90日を超える入院	180円
低所得者1		110円

療養病床に入院したときの居住費

所得区分		1日あたりの居住費
現役並み所得者	一般	370円
	指定難病患者等	0円
低所得者2	90日までの入院	370円
	90日を超える入院	370円
低所得者1		370円

高額な医療費を支払ったとき

高額療養費とは、同一月（1日から月末まで）にかかった医療費の自己負担が高額になった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた分が、あとで払い戻される制度があります。健康保険組合や区役所にて、ご確認ください。

取り扱い可能クレジットカードは以下の通りです。
(JCB VISA MASTERカード)

※※※請求上限額確認のため月に1回保険証を提示してください※※※

11. 室料差額料金及び保険外診療費について

【特別個室使用料】

区分	1日の料金	病室番号(号室)
個室A 2階療養病棟	8,800円	201・202・203・205・206・207 208・209
個室A 3階一般病棟	8,800円	301・306・307・308
個室A 3階地域包括	8,800円	302・303・305
個室B 3階一般病棟	5,500円	300
2人部屋A 3階地域包括	4,400円	323
2人部屋B 2階療養病棟	3,300円	223
2人部屋B 3階一般病棟	3,300円	318

(個室A)

ユニットバス又はシャワー、トイレ、洗面台、冷蔵庫、TV、ロッカー付

(個室B・2人室) 洗面台、TV 付

【文書作成料】

区分	1通の料金
証明書(院内書式使用)	550円
診断書(院内書式使用)	3,300円
死亡診断書	5,500円
保険会社等診断書	5,500円
特殊診断書(書式記載のみ)	7,700円
特殊診断書(書式記載及び測定)	11,000円

【保険給付外の諸料金】

区分	料金
テレビ使用料	1日につき 500円
イヤホン代	1個につき 200円
ねまき	1セット 2,750円
付添い寝具(1日目)	300円
付添い寝具(2日目)	150円
床頭台備え付け冷蔵庫	1日につき 100円
死後処置料	実施日 11,000円
診察券再発行料	1個につき 100円
画像記録(CD-R)	1枚につき 550円
おむつ(保険外負担に係る費用についての説明書参照)	50円~600円

◆ 入院される方及びご家族の皆様へ ◆

安全で快適な入院生活を過ごしていただくために（転倒・転落防止対策）

入院生活をする病院の環境は、それまで住み慣れた家庭とは異なります。その生活環境の変化に、病気やケガによる体力や、運動機能の低下が加わり思いもかけない転倒・転落事故が起こることが少なくありません。結果として深刻な事態を招く恐れがあります。

高齢者の寝たきりを引き起こす原因の多くは、転倒・転落による骨折です。大変危険な場合には、様々な介護用具を使用させていただくこともありますので、ご理解をお願いいたします。

◎ 転倒・転落を防ぐための注意点 ◎

ベッドから降りる時、トイレ、浴室、起床時、方向転換時は注意しましょう。ゆっくりと、つかまって、遠慮なく看護スタッフをお呼びください。

- ① メガネなど、愛用のものをお持ちください。
- ② 杖などは先端が滑りにくいものにしてください。
- ③ 履物は、ご自宅で使用しているものにしましょう。
- ④ かかとがある履物、特にゴム底の運動靴が転倒予防に有効です。
- ⑤ 寝巻きやパジャマの裾は、体にあった長さにしておきましょう。
- ⑥ 普段ベッドを使用されていない方は、看護師と乗り降りの練習をいたします。
- ⑦ 廊下やトイレなどでは濡れたところを避けて、滑らないように注意しましょう。
- ⑧ 日中はなるべく起きているようにしましょう。昼間に寝ていると夜が眠れなくなります。
- ⑨ ご用の際は、遠慮なくナースコールを押してください。
- ⑩ 筋力が落ちている方は、歩行運動が有効です。

※ベッドから落ちたり、廊下で転んだ方などを発見された場合は、すぐに看護スタッフにお知らせください。

※ご不明な点がございましたら、些細なことでも看護スタッフに相談してください。

転倒・転落以外のリスク

年齢を増すごとに身体・精神機能は低下します。病院職員は以下のリスクを予防するため、チームで対応いたします。

●●経口摂取リスク●●

嚥下評価・摂食訓練を実施した際、下記（1～3）のリスクが発生すると判断し、食事形態の変更または絶食、直接訓練を中止させていただきます。

その場合、患者様及びご家族様による経口摂取は、おやめください。

1) 誤嚥（誤嚥性肺炎）、2) 窒息（呼吸停止）、3) 全身状態の悪化

●●せん妄・認知症●●

環境の変化、薬剤の影響など様々な理由で、患者様の精神状態が不安定となります。患者様の安全のため身体拘束の実施、ご家族様への協力をお願いする場合があります。

身体拘束が必要な場合は、個別にご説明をさせていただきます。

●●皮膚トラブル●●

皮膚裂傷（スキнтеア）は、通常の医療・療養環境の中で生じる摩擦やずれによって発生する急性損傷で、皮膚が剥がれやすくなります。患者様周囲の環境を整え予防に努めております。以下の対策に予防効果があると言われています。準備をお願いする事があります。

① 保湿剤（ローションタイプで低刺激なもの）

② 靴下

③ レッグカバー

④ アームカバー



靴下の着用



レッグカバーの着用



アームカバーの着用



入院患者様のポジショニング枕ご持参のお願い

自力で寝返りができない、あるいは自力で座位保持ができない患者様の場看護職員等による体位の変換を行っていますが、その体位を保持するために**ポジショニング枕**が必要です。**以下の2種類の枕**のご持参をお願いします。汚れた場合は、お洗濯をお願いするため、洗濯可能な物をご用意ください。

●●売店でも購入できます●●



売店での購入価格
5,900円
(税込み)

縦 31 cm程度

高さ 15 cm程度

横 60 cm程度



売店での購入価格
5,830円

縦 30 cm程度

高さ 10 cm程度

横 60 cm程度

触って確認していただくために、上記2種類の枕、見本をご用意しています
窓口にて、お声掛けください。

ご家族様へ

～入院中の他院受診は原則禁止～

診療報酬制度により入院中の他院受診は原則禁止となっております。ご家族の方が、かかりつけ医にお薬をもらいに行くこともできません。入院中ですので患者様は、通院できないこととなり他の医療機関も請求することができません。家族様にて支払いができて診療報酬は、患者様のお名前で請求することとなります。入院中にもかかわらず他の病院から診療報酬が請求されると請求した病院が、不正請求を行ったと推察される場合もあります。

特別なお薬等があり必要な場合には当院の医師が、かかりつけ医に依頼し支払い方法を含めた相談を行うこととなります。

診療報酬制度に関するご理解とご協力の程、宜しくお願いいたします。

かかりつけ医とは、患者様が通院されている全ての医院が該当します。

◆◆◆面会時のお願い◆◆◆

面会について一部制限を緩和し、面会を再開させていただきます。

下記の点に、ご協力をお願いいたします。

- 感染対策のため、病棟への来院は、必ずエレベーターでお願いいたします。
- 当院に来院される方全てに、1階入り口にて非接触型体温計で検温を実施しております。
- 患者様及びご面会の方ともに不織布マスクの着用をお願いします。
- 面会前後は必ず手指消毒をお願いします。
- 患者様のご病状によっては、面会をお断りする場合があります。
- **酒気を帯びての面会は、固くお断りいたします。**
- 酒類・生もの・生花の持ち込みは、ご遠慮ください。

入院誓約書

医療法人 浩生会

舞子台病院 院長 殿

私は、貴院入院加療を受けるにあたり主治医、看護スタッフの指示を受け入れ、入院療養を送ります。また、病状に悪影響を与える可能性のある要望や他の方への迷惑行為、セクハラ行為、暴言や暴力行為、適切な治療が行えない場合（親族関係者を含む）は退院することを承諾します。

入院に際しての費用等は滞ることなく支払いすることを約束し、万一支払いが滞る場合、保証人が責任をもって支払いいたします。

入院のしおりに記載されている必要事項についても承諾いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 (印)

郵便番号

住所

電話番号

携帯番号

代筆者名 続柄

請求書郵送先（ご希望の方のみ）

郵送先氏名 続柄

郵便番号

住所

電話番号

携帯番号

裏面（保証人欄）も確認

民法の一部を改訂する法律より『極度額』設定60万

保証人氏名 ⑩ 続柄

郵便番号

住所

電話番号

携帯番号

民法の一部を改訂する法律より『極度額』設定60万

保証人氏名 ⑩ 続柄

郵便番号

住所

電話番号

携帯番号

入院費用のお知らせ等にかかる郵送料金は
ご本人またはご家族様負担となりますので
何卒ご了承ください。

お振込みをご希望される方は事前に1階の
医事課受付へお申し出ください。

リハビリテーション承諾書

医師によりリハビリテーションが必要と判断された患者様には、医師の指示のもと以下のようなリハビリテーションを必要に応じて開始いたします。

【理学療法】

身体機能の回復を目指します。関節可動域訓練、筋力訓練、立ち上がり訓練、歩行訓練等をおこないます。

【作業療法】

生活に焦点を当て、日常生活動作（食事・トイレ・入浴・買い物洗濯等）の改善を目指します。

【言語療法・摂食嚥下療法】

「話す・聞く・食べる」といったことに障害がある場合に訓練や指導、提案をおこないます。

リハビリテーション実施に際しては、当書面での同意と署名が必要となります。

リハビリテーション開始後は、毎月 1 回詳細な実施内容、計画等を記載した書類、リハビリテーション総合実施計画書（以下計画書）を担当者より、ご本人またはご家族に説明し改めて同意と署名をいただきます。患者様の同意と署名が難しい場合は、ご家族様へ計画書を郵送させていただき、同意できない場合には到着後7日以内にリハビリテーション科まで連絡ください。ご連絡がない場合は、その月のリハビリテーション内容、計画に同意いただけたものとさせていただきます。

以上の記載内容に同意いただけましたら、署名をお願いいたします。

患者氏名：

代筆者名：

（続柄）

日常生活上のサービスに係る費用、公的保険給付とは関係のない文書の発行等が患者様の負担となります。

【文書作成料】

種類	1通の料金
証明書（院内書式使用）	550円
診断書（院内書式使用）	3,300円
死亡診断書	5,500円
保険会社等診断書	5,500円
特殊診断書（書式記載のみ）	7,700円
特殊診断書（書式記載及び測定）	11,000円

【保険給付外の諸料金】

名称	料金
おむつ名（かんたん装着パッドレギュラー） 1枚あたり	50円
おむつ名（外モレ安心さらさらパッド） //	70円
おむつ名（長時間安心さらさらパッドプレミアム） //	80円
おむつ名（一晩中SkinConditionスーパー） //	100円
おむつ名（リハビリパンツレギュラーS） //	120円
おむつ名（リハビリパンツレギュラーM） //	130円
おむつ名（リハビリパンツレギュラーL） //	140円
おむつ名（一晩中SkinConditionウルトラ） //	140円
おむつ名（リハビリパンツレギュラーLL） //	160円
おむつ名（横モレあんしんテープ止めS） //	160円
おむつ名（横モレあんしんテープ止めM） //	170円
おむつ名（のびーるフィットテープ止めS～M） //	170円
おむつ名（一晩中SkinConditionエクストラ） //	170円
おむつ名（のびーるフィットテープ止めL） //	190円
おむつ名（介護用シート） //	190円
おむつ名（横モレあんしんテープ止めL） //	200円
おむつ名（横モレあんしんテープ止めLL） //	220円
通常のオムツ 1日につき	600円
リハビリパンツ //	400円
バルーン設置時オムツ //	300円
テレビ使用料 1日につき	500円
イヤホン代 1個につき	200円
ねまき 1セット	2,750円
付添い寝具（1日目）	300円
付添い寝具（2日目）	150円
床頭台備え付け冷蔵庫使用料 1日につき	100円
死後処置料 実施日	11,000円
診察券再発行料 1個につき	100円
画像記録（CD-R） 1枚につき	550円

※全て消費税込みの料金を表示しております。

保険外負担に係る費用の同意書

私は、舞子台病院の保険外負担に係るサービスを受けた場合に、その定められた費用を支払うことに同意いたします。

令和 年 月 日

住所

患者氏名



■ 病室ネームプレート表示の同意

患者確認のため病室の出入り口に、お名前（フルネーム）を表示しています。医療安全の観点から表示させていただいております。不都合な方はお申し出ください。

■ 各階フロア部屋移動についての同意

病状や地域包括管理、長期療養選択、その他諸事情により、病室を移動していただくことがあります。ご家族様への移動に関する連絡はいたしません。不都合な方は、お申し出ください。

■ 入院に関するお問い合わせ

当院では、患者様の入院をご存知のご家族（ご親族）、ご友人が窓口にお見えになった場合には、病室にご案内しています。

お電話でのお問い合わせに関しましては一切お答えしておりません。ご了承ください。

■ 無断離院への対応について

患者様が、当院からの許可を得ずに、無断で病室から離れ院外に出られる等の行動を取られた際、院内の捜索で見つからなければ警察に届けます。生死にかかわる事態につながる場合もありますので、ご理解、ご了承ください。

■ 院内での写真・動画撮影、録音について

当院では、個人情報保護の観点、プライバシー保護の観点より、ビデオ機器や携帯電話、録音機等を用いた写真・動画撮影、録音に関する行為を一切お断りしております。

上記について同意いただける場合、下記にご署名をお願いいたします。

令和 年 月 日

住所 _____

患者氏名 _____ (印)

代筆者氏名 _____ (印) 続柄 ()

入院日: 年 月 日

患者氏名: 性別: 職業:
 生年月日: 年齢:
 どなたとお住まいですか?

携帯電話 — — 自宅電話 — —

緊急連絡先 (優先順位の高い方から記入ください)

優先	氏名	居住区	続柄	連絡先
①				
②	氏名	居住区	続柄	連絡先
③	氏名	居住区	続柄	連絡先

Q1 最近の身長と体重を教えてください。 身長 cm・体重 kg

Q2 今回の病気について入院されるまでの経過を教えてください。
 (いつ頃から、どのような症状があり、どのようにされましたか)

Q3 現在の病気について、どのように説明を受けておられますか?

Q4 今までに怪我や病気で入院や治療を受けたことはありませんか?
 <<例>>〇歳 虫垂炎 手術〇〇病院 〇歳から高血圧 〇〇病院で薬を貰っている

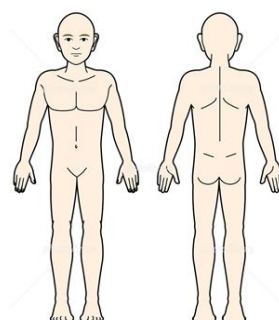
Q5 今までに食物でアレルギーが出たことはありますか?
 卵・乳・小麦・そば・ナッツ類・えび・かに・鯖・その他 ()

Q6 薬でアレルギーや副作用は出たことはありますか?

⇒裏面のご記入もお願いします

※ あてはまる所に○を付けてください。

<p>Q1 現在お薬を飲まれていますか？ いいえ ・ はい (当院 ・ 他院) はいの場合薬の管理はどなたがされていますか？ () * * * * *はいの方は入院時に必ず薬をお持ちください* * * * *</p>
<p>Q2 現在飲まれている市販薬やサプリ・健康食品はありますか？ ない ・ ある ()</p>
<p>Q3 今までに輸血をしたことがありますか？ ない ・ ある (歳の時)</p>
<p>Q4 食欲はありますか？ ある ・ ない</p>
<p>Q5 食べられないものはありますか？ ない ・ ある ()</p>
<p>Q6 アルコールは飲まれますか？ 飲まない ・ 飲む (ビール 本/日、日本酒 合/日) その他 (/日)</p>
<p>Q7 喫煙されますか？【過去の喫煙含む】 しない ・ する (本/日) (年)</p>
<p>Q8 便は何日おきに出ていますか？ 毎日 ・ 2日に1回 ・ 3日に1回 ・ 4日以上 便の硬さはどうですか？ 下痢 ・ その他 () 下剤を飲むことはありますか？ 飲まない ・ 飲む (毎日 ・ 適宜) 薬の名前 ()</p>
<p>Q9 尿は1日何回ぐらいですか？ () 回 夜中に排尿のために起きますか？ 起きない ・ 起きる () 回 尿の出にくい感じや、残った感じはありますか？ ない ・ ある</p>
<p>Q10 特定疾患・身障者手帳・介護保険などをお持ちですか？ ない ・ ある ある場合どのようなものを持っているかご記入ください。 () 介護度：認定なし 要支援 I ・ II 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5</p>
<p>Q11 下記のものを使用されていますか？ 義歯 ない ・ ある (部分 上 ・ 下 総入れ歯) 取り外し 可 ・ 不可 眼鏡 ない ・ ある (眼鏡 ・ コンタクト) 補聴器 ない ・ ある (右 ・ 左)</p>
<p>Q12 日常生活の介助の必要性は、どの程度でしょうか？ 歩行： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 衣服の着脱： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 会話： 問題なし ・ 問題あり 食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 入浴： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助</p>
<p>Q13 夜はよく眠れますか？ 良眠 ・ 不眠 睡眠薬を服用されますか？ 無 ・ 有 (有れば薬品名)</p>
<p>以下は看護師が記載します。 ※※以下の所見があれば部位を図示する※※ <input type="checkbox"/>手術痕 <input type="checkbox"/>皮膚病変 <input type="checkbox"/>IVH <input type="checkbox"/>カテーテル類留置 <input type="checkbox"/>ペースメーカー <input type="checkbox"/>創処置 <input type="checkbox"/>麻痺 <input type="checkbox"/>拘縮 <input type="checkbox"/>強直 <input type="checkbox"/>筋力低下</p> <p>確認者 (看護師)</p>



テレビのご使用について

当院では、テレビ、ポータブルDVD 等の持ち込みを禁止させていただいております。テレビの使用をご希望される方は、貸テレビをご利用ください。

テレビ使用料金 1日 ￥500（税込み）

使用期間 下記の申込書をご記入の上、病棟詰所にお申し込みください。

使用停止 病棟詰所までお申し出ください。

使用料請 入院料請求書で請求させていただきます。

注意事項 テレビ使用時は、必ずイヤホンをお使いください。故意もしくは過失によりテレビを破損した場合やリモコンを破損、紛失した場合は、弁償又は修理費をいただくことがあります。

テレビ初回契約時は、イヤホン1本付属しております。

2本目以降は￥200で販売となりますので病棟スタッフまでお申し付けください。

テレビ使用申込書

上記に記載事項につきまして承諾の上、下記の通りテレビの使用を申し込みます。

患者氏名

使用開始日 令和 年 月 日

申込日 令和 年 月 日

【 特別個室使用料の内訳 】

舞子台病院

個室A療養病棟2階（8,800円）	201 202 203 205 206 207 208 209 号室
個室A一般病棟3階（8,800円）	301 306 307 308 号室
個室A地域包括3階（8,800円）	302 303 305 号室
個室B一般病棟3階（5,500円）	300 号室
2人室A一般病棟3階（4,400円）	323 号室
2人室B療養病棟2階（3,300円）	223 号室
2人室B一般病棟3階（3,300円）	318 号室

個室 ・ 2人部屋 使用申込書

令和 年 月 日

舞子台病院 院長 殿

この度、貴院で入院加療を受けるにあたり、個室もしくは2人部屋の使用を申し込みます。

特別個室使用料 _____ 円の _____ 号室を使用します。

◆患者氏名◆ _____ (印)

住所 _____

◆申込者◆ _____ (印)

住所 _____

◆保証人◆ _____ (印)

住所 _____