

入院にかかる費用について

1. 入院費 ☐ 内容を確認しました

入院費は1ヶ月に1回の請求（入院中）と退院時の請求があります。

入院費用の計算締め日は、月末としており、請求書は翌月15日頃にお知らせします。

退院費用は当日精算になります。

お支払いは1階の受付会計で、できるだけ3日以内にお支払いくださいますようお願いいたします。現金またはクレジットカード（JCB、VISA、Mastercard）がご利用いただけます。

食事代は所得区分に応じて食事療養標準負担額を自己負担します。

別紙をご参照ください。

*詳しくは、病棟事務担当に相談ください。

2. 保険外負担料金 ☐ 内容を確認しました

日常生活上のサービスに係る費用、室料差額料金、公的保険給付とは関係のない文書の発行などは実費でのご負担となります。別紙「諸料金規定」をご参照ください。

3. 入院セット ☐ 内容を確認しました

当院では患者さんがご入院中に必要とされる「寝衣・タオル類・日用品」のレンタルを医療関連の専門業者に委託しております。

利用状況に応じての定額制となっており「株式会社増田医科器械」からの請求となります。

ご自身で持ち込みも可能ですが、各自でお持ち帰り洗濯をお願いしております。

4. テレビ申込書 ☐ 内容を確認しました

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頂いております。テレビの使用を希望される方は申し込み書が必要となります。

テレビ使用料金 1日 ￥500（税込み）

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または修理費をいただきます。

テレビ初回契約時はイヤホン1本付属しています。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。

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。

患 者	フリガナ		生年 月日	令和 年 月 日 大正・昭和・平成	性別
	氏名			年 月 日	男・女
	住所	〒			
	電話	自宅 ()		携帯 ()	

連 帯 保 証 人	フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成	性別
	氏名			年 月 日	男・女
	住所	〒			続柄
	自宅電話	()	日中の連絡先 名称 ()		
携帯電話	()				

※連帯保証人は、診療費の支払能力がある方とし身元引受人を兼ねる。

連 帯 保 証 人	フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成	性別
	氏名			年 月 日	男・女
	住所	〒			続柄
	自宅電話	()	日中の連絡先 名称 ()		
携帯電話	()				

※請求書を郵送希望の方はこちらにご記入をお願いします。

病院側	説明者
/	

入院に関する説明・同意書

- ① 病状や治療上の都合により病棟・病室が変わる場合があります。病室はご希望に添えない場合もあります。
- ② 退院の指示（規則違反による強制退院も含む）があった場合は、指定日までに遅延なく退院していただきます。
- ③ 皆様が快適に療養いただけるように、院内ルールを定めております。院内ルールをお守りいただけない場合は、病状に関わらず退院して頂く場合があります。
- ④ 多額な現金、貴重品（クレジットカード、キャッシュカード、貴金属等）、刃物等の危険な物は、原則院内へ持ち込まないでください。万が一紛失や盗難にあった場合は当院では一切の責任を負いかねます。
- ⑤ 当院が所有する建物を含む全ての備品については大切にお使いください。破損もしくは紛失した場合は、損害金の全額をお支払いいただきます。
- ⑥ 当院の敷地内（駐車場を含む）と病院建物内全てで喫煙と飲酒を禁止しています。
- ⑦ 医師の許可なく外出、外泊はできません。
- ⑧ 医師の許可なく飲食物の持ち込みを禁止しています。
- ⑨ 患者さんと職員の安全を守り、診療を円滑に行うために、暴言・暴力及び威圧的・脅迫的な言動及び行為、器物破損、性的嫌がらせ等業務の遂行に支障を生じさせる行為などは禁止いたします。状況に応じて警察に通報させていただき、今後の診療をお断りさせていただきます。

医療法人浩生会 舞子台病院 病院長

上記の入院に関する説明内容を理解した上で、入院することを同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名

患者以外の同意者氏名

患者との関係（配偶者・子・親・その他（ ））

個人情報の利用に関する説明・同意書

当院での個人情報の取り扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」等を遵守しております。

患者さんから収集した個人情報は、下記の範囲で利用させていただくことがあります。

下記の内容は、同意したものでも患者さんからのお申し出によりいつでも変更することが可能です。

1. 当院内部での利用

- 患者さんに提供する医療サービス及び医療請求、会計等
- 入退院等の病棟管理
- 医療事故等の報告

2. 第三者への情報提供

- 他の病院、診療所、薬局、介護サービス事業者等との連携
- 検体検査業務の委託等及びその他の業務委託
- 診療にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ご家族への病状説明（患者さんの意向に沿った対応をとります）

3. 診療費請求のための事務

- 審査支払機関又は保険者へのレセプト提供及び照会・回答
- 事業者からの委託を受けて健康診断を行った場合における、事業者への結果通知
- 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出

4. 上記以外の利用目的

- 医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 当院内において行われる医療実習への協力
- 医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究
- 外部監査機関への情報提供
- 医療関連の学会・研究会等への報告・統計等（個人が特定されない形で利用します）

医療法人浩生会 舞子台病院 病院長

上記の個人情報の使用に関する説明内容を理解した上で、同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名

患者以外の同意者氏名

患者との関係（配偶者・子・親・その他（ ））

【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
死亡診断書複写料	1,100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スーパード)	//	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

印

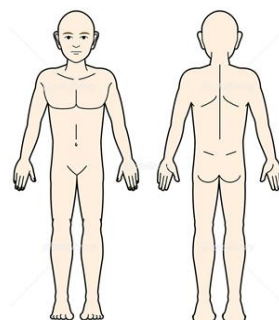
入院時間診用紙

記載日 年 月 日

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》○歳 虫垂炎 手術○○病院 ○歳から高血圧 ○○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。

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*****
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 ()
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)
Q4 食欲はありますか？ ある ・ ない
Q5 食べられないものはありますか？ ない ・ ある ()
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)
Q7 喫煙されますか？【過去の喫煙含む】しない ・ する (本/日) (年)
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 ()
Q9 尿は1日何回ぐらいでますか？ () 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
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
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)
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
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)
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※※ ☐手術痕 ☐皮膚病変 ☐IVH ☐カテーテル類留置 ☐ペースメーカー ☐創処置 ☐麻痺 ☐拘縮 ☐強直 ☐筋力低下 確認者(看護師)



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）