

# 入院のご案内



医療法人社団 敬仁会

桔梗ヶ原病院

〒399 - 6461 長野県塩尻市宗賀 1295 番地

TEL 0263-54-0012 (代)

FAX 0263-52-9315

# 1.入院時の持ち物

- ① 入院承諾書・印鑑
- ② 保険者証（その他お持ちの方 介護保険者証・福祉医療受給者証・限度額認定証・各種公費受給者証）（ご不明な点がございましたら事務までご連絡下さい。）
- ③ 他病院の退院証明書
- ④ 内服中の薬
- ⑤ 上履き （スリッパは不可）
- ⑥ くし・電気カミソリ （必要時）
- ⑦ リハビリに使用する靴・杖 等 （必要時）
- ⑧ パジャマ
- ⑨ タオル類
- ⑩ 日用品（BOXティッシュ・洗顔用大判ウェットティッシュ・お手拭き用ウェットティッシュ・歯ブラシ・歯磨き粉・コップ・入れ歯の方は義歯ケース）
- ⑪ 入浴用品（シャンプー・ボディークリーム）
- ⑫ 食事用使い捨てエプロン ※食べこぼしのある方は準備をお願い致します。
- ⑬ 下着、靴下
- ⑭ 口腔ケア用品（マウスジェル・口腔ブラシ等）

※看護師または歯科衛生士の判断により患者様のご状態に応じて、口腔ケア用品をご用意いただく場合がございます。これらの物品は、病院売店にて、ご用意いたしております。

---

当院では院内感染対策とご家族様のお手間軽減のため病衣・タオル・日用品等をご使用いただける【入院セットレンタル】のご利用をお勧めしております。

ご使用いただける内容は上記持ち物のうち以下の通りです。

- 衣類タオルセット⑧～⑫
- タオルセット⑨～⑫
- 肌着・靴下セット⑬
- 口腔ケアセット⑭

詳細については別紙にてご案内いたします。

## 2.入院生活のご案内

### ・当院の医療体制について

慢性期（回復期リハビリ病棟・療養病棟）の患者様を中心に医療・看護・介護・リハビリ等を提供する療養生活を主体とした病院です。そのため、急性期病院とは、看護師等の人員配置が異なりますことをご理解願います。

### ・病状、治療方針、入院期間の説明について

入院時に主治医より病状等の説明及び治療方針および入院期間を『入院診療計画書』に記載しお渡し致します。

### ・病室について

お部屋は4人部屋が標準となっております。ベッド、床頭台、衣装棚、椅子、TVを備えております。病状により、または緊急時対応として、病棟及び部屋を移動させていただくことがございますが、ご了承下さい。

また、当院では差額ベッドのお部屋をご用意しております。ご希望の場合は病棟看護師等までお声掛けください。

### ・食事 朝食 7：20 昼食 12：00 夕食 18：00

※ 食事は患者様の病状に合わせてご用意致します。飲食物の持ち込みをご希望される場合は、病棟看護師等にご相談ください。

### ・起床・消灯 起床6：00 消灯21：00

※ 消灯後の外出は禁止になっております。緊急のご用の場合は看護師または介護職員にご相談下さい。

### ・検査

胃カメラ・腹部CT・エコー・腸の検査・空腹時の採血・糖尿病の負荷試験等の検査時は、絶飲食、又は食待ちをしていただく場合がありますのでご協力ください。

## • 体重測定

毎月1回測定します。その他に必要時又は入浴時に測定します。

## • 入浴

1週間に2回の予定となっております。症状等により入浴予定日が前後することがございますがご了承ください。病状によって入浴できない場合は清拭にて対応させていただきます。

## • 寝具交換

週1回交換します。その他汚染したときは随時交換させていただきます。

## • 洗濯

南棟1・2階にランドリー設備があります。(洗濯機1回200円・乾燥機30分100円)

洗濯のご対応が困難な方は、入院セットをお申し込みの上、私物洗濯をお申し込みください。

## • 外出・外泊

外出・外泊される方は、病棟看護師等にお申し出ください。

「外泊・外出許可願い」にご記入の上、担当医の許可を得てからお出かけください。

## • テレビ

病室内のテレビはカード式になっております。各フロアーにプリペイドカード自動販売機が設置されておりますので、ご購入後お使い下さい。

尚、カードの精算機は、南1階病棟に設置されております。

## • 電話

公衆電話が南1階病棟、南2階病棟、外来にございます。

## • 散髪

美容師が出張で散髪を行います。ナースステーションにて予約をお取りしてお

ります。(散髪費 2,300 円～)

## ・オムツについて

紙オムツを使用される方は入院セット（オムツセット）での提供も可能です。

(使用料金は、ワタキューセイモア株式会社よりご請求となります)

## ・売店

外来棟受付待合ホールの横にございます。

営業時間 平日 9：00～16：00

木曜 9：00～13：00

土曜・日曜・祝日 休業

## ・他の病院等への受診について

入院中の患者様が他の医療機関を受診する場合、病院間の連絡が必要となります。

他の医療機関での受診や薬の処方を希望される場合は、事前に医師または看護師に、ご相談ください。

## ・付き添いについて

入院中のお世話は、看護師・介護士がいたしますので、付き添いは必要ありません。患者様の症状等でご家族の希望があり、主治医が必要と認めた場合に限り、ご家族の付き添いが認められます。付き添いの許可を得た方で、付き添いベッドが必要な方は看護師にお申し出下さい。(有料 ￥770/日)

## ・様々な危険について

転倒・転落の事故を予防するため、スリッパやサンダルは避け、靴をご準備ください。

医療スタッフの患者様誤認による医療ミスを防止し、医療行為を安全に実施するためにネームバンドの装着をお願いしております。

※詳細につきましては、入院時にご説明させていただきます。

## • 退院について

退院に向けての支援は各病棟の退院支援看護師を中心に進めてさせていただきます。退院に関するご相談やご不明な事など、お気軽にご相談ください。

自殺企図、度重なる離院、他の患者様への迷惑行為、職員への暴言・暴力による業務の支障、入院費の滞納、治療に非協力的等、入院の継続が難しいと病院側が判断した場合は予定期間内であっても退院、または、転院して頂く場合があります。

## • 貴重品・私物の管理について

貴重品や金銭などのお預かりは致しませんので、ご了承ください。

セーフティーボックス付き床頭台をご利用の場合、鍵の管理は使用者様が行ってください。紛失した場合実費(¥550)を入院費と一緒にご請求させていただきます。

私物につきましては必ず記名をお願い致します。貴重品、私物等の盗難・破損・紛失につきましては責任を負いかねます。

義歯や補聴器、メガネなどに関しましては、ご本人・ご家族様管理でお願い致します。義歯や補聴器、メガネに関して、ご本人・ご家族様が管理できない場合はお申し出下さい。

また、電気毛布・電気あんかなどの持ち込みをされる場合は、低温火傷や火災の原因となる場合がありますので、必ず看護師にお申し出ください。

## • 喫煙について

当院は敷地内全面禁煙となっております。ご理解ご協力をお願い致します。

## • 病室でのマナーについて

大きな声や大きな音を出さないようお願い致します。ラジオ・テレビ・イヤホンをご利用ください。売店にて販売しております。携帯電話はマナーモードに設

定して下さい。

## • 携帯電話のご使用について

院内での携帯電話のご使用は、医療機器への障害の可能性がありますので指定場所にてご使用頂きますようご協力をお願いいたします。（病棟配置図参照）

## • 病棟職員の制服について

病棟職員の制服は下記のようになっております。



看護職員



介護士 ・ メディカルアシスタント

## • その他

入院中に要望事項、若しくはご不明な点がございましたら遠慮なく主治医または職員にお申し付け下さい。

また、職員へのお心付けはご遠慮させて頂いております。

### 3.入院費について

●入院費は、厚生労働大臣の定める診療報酬に従って算定し、一ヶ月単位で請求いたします。

退院の方の入院費は退院日（時間外や急な退院の場合は翌日以降）に東棟 1 階会計窓口  
に請求が出ておりますので清算をお願いいたします。

入院中は1日～月末までの請求金額のお知らせを翌月15日頃に入院申込書に記入していただいた支払誓約者様宛に送付いたします。

お支払いは東棟 1 階会計窓口にてお願いいたします。（クレジットカード可）

●病院会計窓口支払い可能な曜日と時間帯

平日 9:00～16:30 （木・土曜日のみ 9:00～12:00）

午前中は会計が混雑しております。午後は比較的スムーズに会計が行えます。

●ご利用可能な主なクレジットカード



●銀行振込の場合は下記口座へ患者様名義でお振込みください。

八十二銀行 塩尻支店
(普) 761115
医療法人社団 敬仁会
(イ) ケイジンカイ )

●保険者証、医療費減額認定証、福祉医療受給者証、介護保険証、各種公費受給者証等、お持ちの方は毎月又は変更時必ずご提示ください。

●ご精算が確認出来ない場合、特にお申し出のない限り、入院時にご記入していただいた連帯保証人様宛にご請求させていただきますのでご了承下さい。



## 限度額適用認定証をご提示ください。

入院時に「**限度額適用認定証**」を提示することにより窓口支払いが自己負担限度額までで済みます。

### <自己負担限度額>

#### ●70歳未満の方

所得区分	自己負担限度額（月単位）	4回目以降
ア	252,600円+（医療費-842,000円）×1%	140,100円
イ	167,400円+（医療費-558,000円）×1%	93,000円
ウ	80,100円+（医療費-267,000円）×1%	44,400円
エ	57,600円	44,400円
オ	35,400円	24,600円

#### ●70歳以上の方

所得区分	自己負担額（月単位）	4回目以降
現役並みⅢ （申請不要）	252,600円+（医療費-842,000円）×1%	140,100円
現役並みⅡ	167,400円+（医療費-558,000円）×1%	93,000円
現役並みⅠ	80,100円+（医療費-267,000円）×1%	44,400円
一般 （申請不要）	57,600円	44,400円
低所得者Ⅱ	24,600円	24,600円
低所得者Ⅰ	15,000円	15,000円

※適用となるのは**医療費のみ**です。食事代、室料差額代、文書料等の保険適用外の費用については高額療養費の対象になりません。

※当院で直近1年以内に4回以上「限度額適用認定証」の適用を受けた場合は4回目以降の限度額が適用となります。

### <手続きの方法>

**この制度を受けるためには事前の手続きが必要です**（70歳以上の現役並み所得者Ⅲ・一般の方は不要） 自己申請となりますので加入されている保険者にご自身で発行手続きをお願い致します。

国民健康保険 →各市町村

全国健康保険協会 →全国健康保険協会の各都道府県支部

組合健康保険 →各組合

※入院された後に手続きを行う場合は必ず入院された**同月中**にお願い致します。

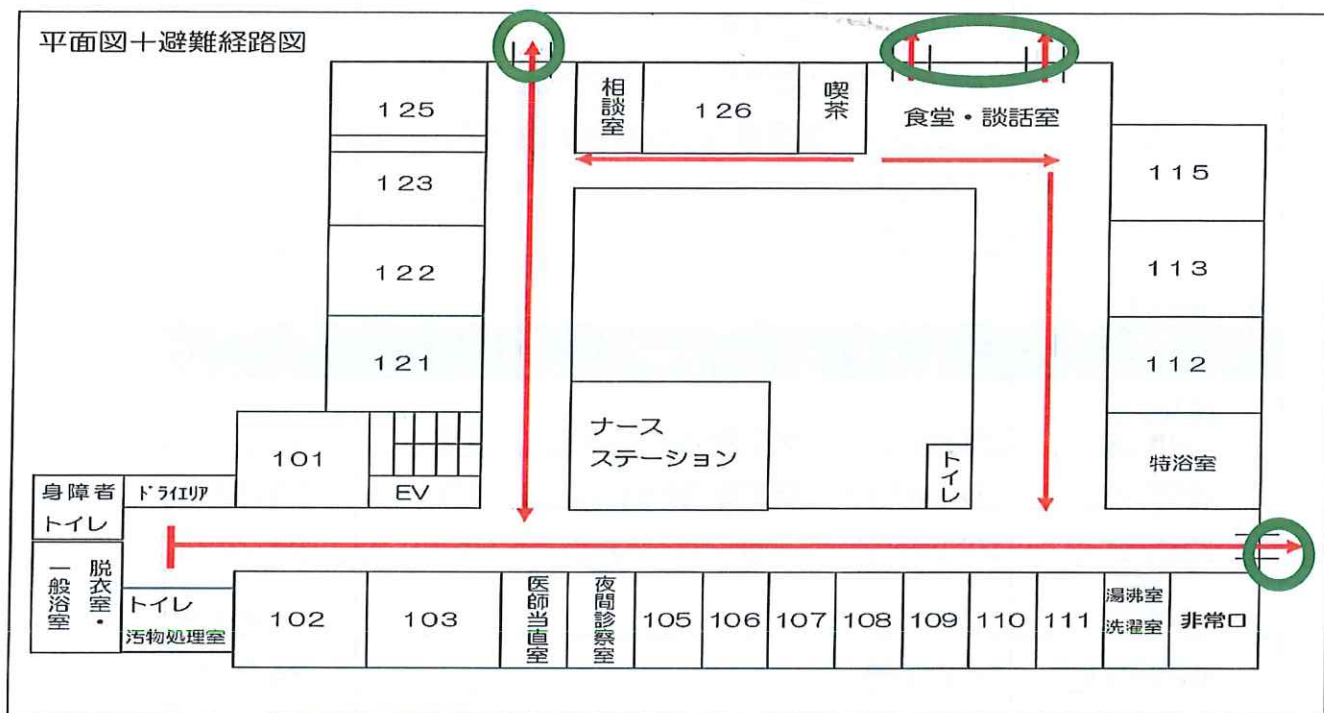
# 4.非常時災害時について

入院時や病棟が変更になった場合は、病棟配置図において非常口の確認をお願い致します。非常時や災害時は職員の指示に従って行動してください。

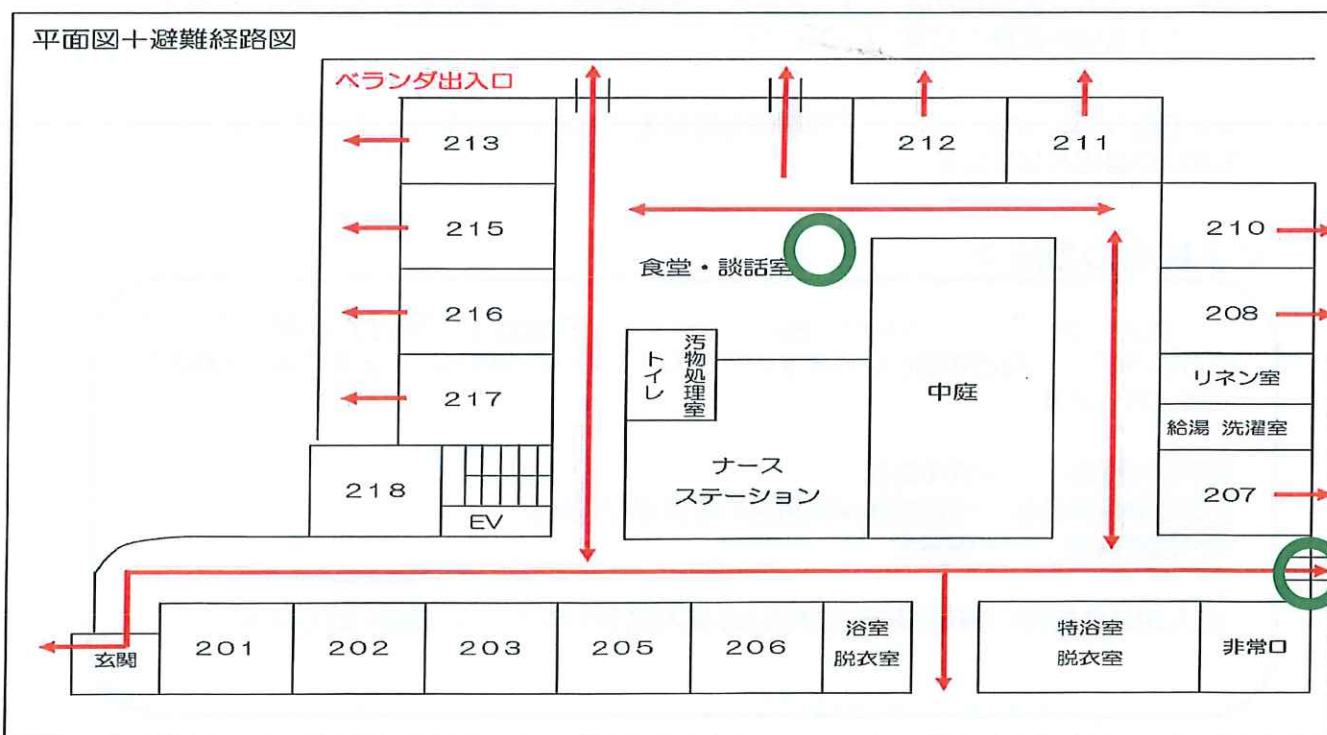
## 病棟配置図

### 南1階病棟

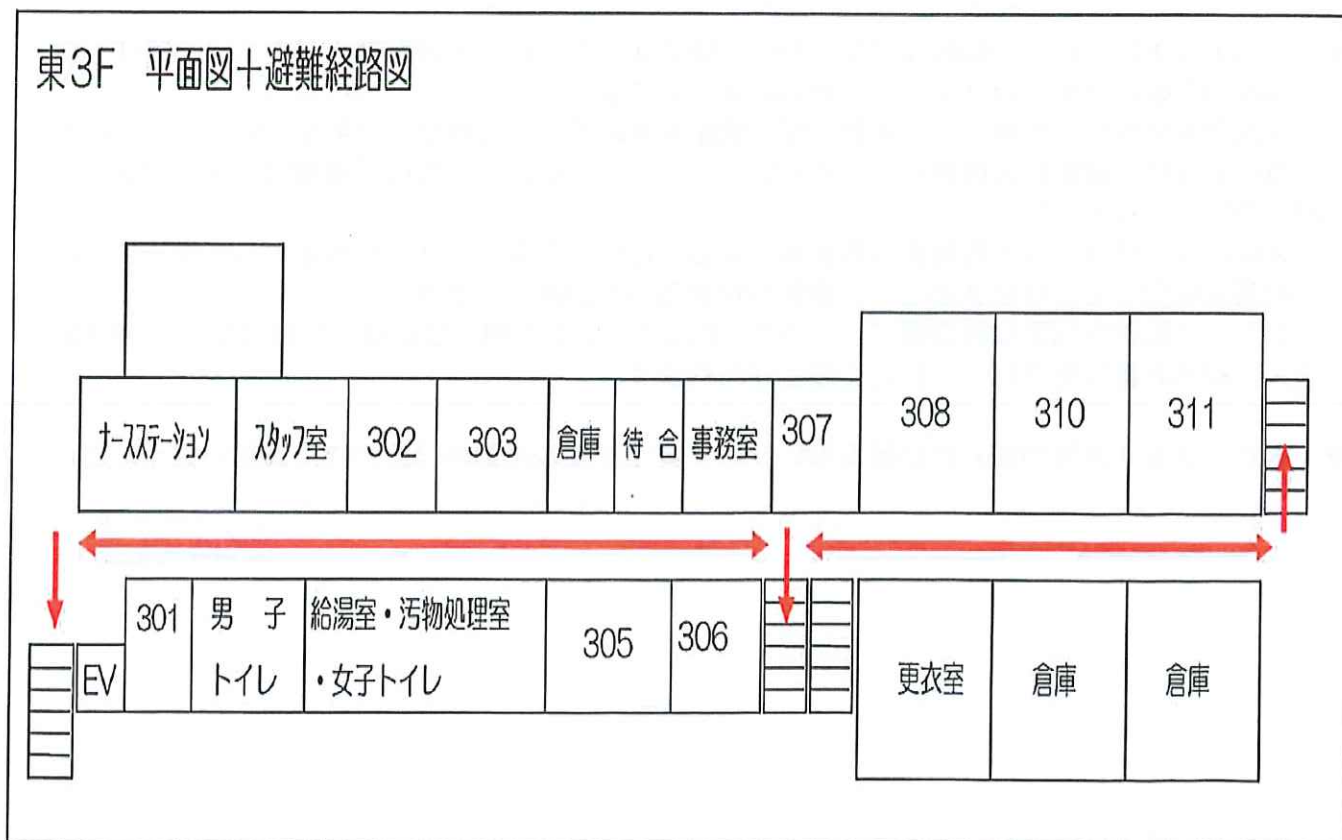
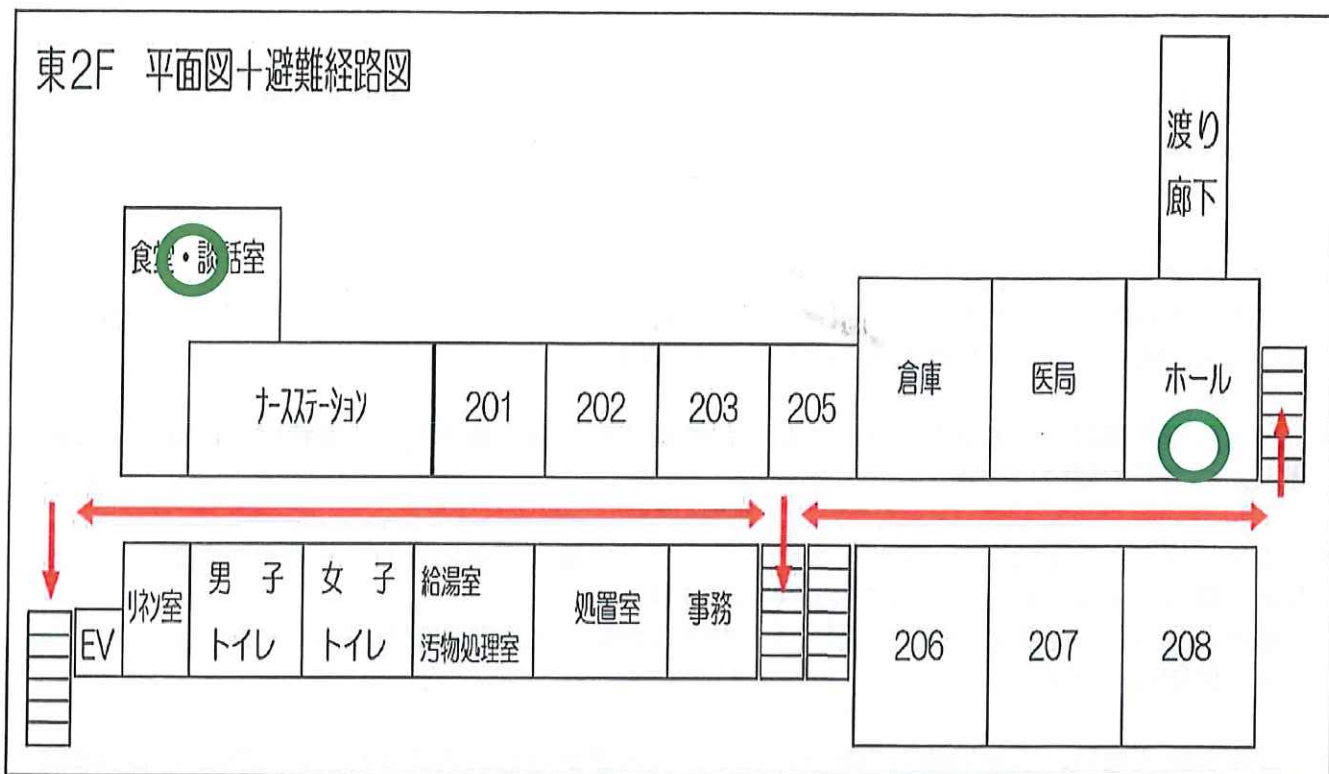
 携帯電話使用場所



### 南2階病棟



# 東2階病棟



新規作成日 令和2年4月1日

ご入院される患者様へ

## 「入院申込書（兼誓約書）」提出のお願い

桔梗ヶ原病院のご入院にあたり、「入院申込書（兼誓約書）」を入院日に必ずご提出ください。  
なお、下記の注意事項に従い、記入例を参考にご記入ください。

### 【注意事項】

- ◆ 「入院申込書（兼誓約書）」の同意事項（上段■4項目）をご確認いただき、記述内容に同意のうえ、☑（チェック）と記入日の記載をお願いします。
- ◆ 身元引受人欄は、ご家族で成年者（患者が未成年及び成年被後見人の場合は、親権者又は後見人）の方をお願いします。
- ◆ 支払誓約者（連帯債務者）欄は、患者ご本人やご家族等で支払能力のある方をお願いします。  
なお、身元引受人と同一人でも差し支えありません。  
（患者ご本人または身元引受人と同一人である場合は支払誓約者記載欄右上の☑（チェック）をご活用ください）
- ◆ 連帯保証人欄は、支払い能力のある方とし、支払誓約者と世帯および生計を別にしている成年者をお願いします。また、必ず自署で署名していただき、記入日等の記載漏れが無いようお願いいたします。
- ◆ 民法の改正により、入院時など保証契約を締結する際には、連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限となる「極度額」を定める必要が生じました。  
入院費支払額は、治療内容、入院期間、健康保険の種類、有料室の利用などによって、患者様毎に異なり、高額な入院費となる方もいらっしゃるため、本院では「極度額」を一律50万円に設定いたしました。  
入院される時点では入院費支払額を確定することはできませんが、誓約書として支払責任の上限額を明記しておりますので、ご理解の程よろしくをお願いします。  
なお、入院費支払額が極度額（50万円）を超えることが明らかになった場合には、連帯保証人の同意を再取得させていただく場合があります。
- ◆ 入院申込書（兼誓約書）の記載事項について変更が生じた場合は速やかにお知らせください。

入院申込書（兼誓約書）

病院記入欄

医療法人社団敬仁会 桔梗ヶ原病院長 殿

- (ア) 貴院へ入院するにあたり、貴院の諸規則を遵守し、貴院職員の指示、院内掲示物、入院のご案内等による指示に従うことを誓約いたします。
- (イ) 万一、貴院諸規定に違反し、または貴院職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申し立てません。
- (ウ) 入院費、その他入院中の療養に係る諸費用に関しては、患者本人、支払誓約書（連帯債務者）又は連帯保証人が遅滞なく支払います。
- (エ) 万一、支払いが滞ることがあれば、法的手続きにより支払請求を受ける旨を了承いたします。
- 入院に際し、上記（ア）～（エ）のすべてに同意し、以下のとおり入院を申込みます。  
（同意する場合に□にチェックをお願い致します）
- (オ) 必要に応じて病院側で保険者証、限度額認定証等の情報をオンライン資格確認で確認することに同意します。  
 上記（オ）に同意する場合は□にチェックをお願い致します。  
（同意する場合に□にチェックをお願い致します）

記入日 令和 4年 12月 1日

患者	ふりがな	ききょう たろう	
	氏名	桔梗 太郎	
	生年月日	明・大 <b>昭</b> 平・令 40年 4月 1日	性別 <b>男</b> ・ 女
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	電話(自宅) 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
		塩尻市〇〇 ×-×-×	電話(携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
入院歴	3ヶ月以内に他の医療機関への入院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇨ 医療機関名 【 〇〇〇〇 病院 】		
→ ご家族等	成年者（患者が未成年及び成年被後見人の場合は、親権者又は後見人）をお願いします		
	氏名	桔梗 花子	患者との続柄 妻
	生年月日	明・大 <b>昭</b> 平・令 40年 4月 1日	性別 男 ・ <b>女</b>
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	電話(自宅) 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 電話(携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
→ 入院費請求先	支払い能力のある方としてください		<input checked="" type="checkbox"/> 患者と同一 <input type="checkbox"/> 身元引受人と同一
	氏名		患者との続柄
	生年月日		性別 男 ・ 女
	住所	〒	電話(自宅) 電話(携帯)
有別世帯の成人の方 の支払い能力を	支払い能力のある方とし、支払誓約書と世帯および生計を別にしている成年者をお願いします		
	私は、本入院の申込に係る患者の診療により生じる債務の元本・違約金・損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について50万円を極度額（連帯保証人が支払の責任を負う金額の上限額）として、患者本人及び支払誓約者（連帯債務者）と連帯して支払いの責任を持ちます		
			記入日 令和 4年 12月 1日
	氏名	桔梗 一郎	患者との続柄
	生年月日	明・大 <b>昭</b> 平・令 40年 4月 1日	性別 <b>男</b> ・ 女
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	電話(自宅) 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
		松本市〇〇 ×-×-×	電話(携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
勤務先名	△△△株式会社	電話(勤務先) 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
勤務先住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 松本市〇〇 ×-×-×		

(202212version)

