

入院のご案内



入院の手続き

入院当日は、1階の受付にお越しく下さい。
下記の書類等の記入および提出をお願いいたします。

- 健康保険証
- 医療受給者証(特定医療費受給者証・介護保険被保険者証・重度心身障害者医療費受給者証・各種限度額適用認定証)
- 障害者手帳
- 心臓ペースメーカー手帳
- 他病院からの書類(退院証明書・診療情報提供書・看護添書 等)
- 印鑑(患者様・付添者様)
- お薬
- お薬手帳
- 各種同意書
- 入院セット申込書



持参するもの

【ご用意いただく身の回り品】

下着(3枚)・靴下(3枚)・電気シェーバー(男性)・ルームシューズ(リハビリシューズ) ※必要に応じて舌苔ブラシ・デンタルリンス等をご用意いただく場合がございます。荷物にはすべてに名前の記載をお願いします。

【入院セット申込書 小山メディカルサービス(株)との契約になります】

入院時に必要な寝巻やタオル等の日用品を1日単位でレンタルするシステムです。入院準備の負担軽減、院内衛生管理のため入院セットのご利用をお願いいたします。

入院セットの内容

病衣・バスタオル・フェイスタオルのレンタル(お洗濯交換付)
日用品は下記をご必要に応じてご利用いただけます。
ボックスティッシュ/ストローコップ/蓋つきコップ/曲がるストロー/歯ブラシ/歯磨き粉/マスク/食事用エプロン/TV イヤホン/ヘアブラシ/つめきり/綿棒/入れ歯ケース/入れ歯洗浄剤/ディスポおしぼり/紙コップ/口腔ケアシート/口腔ブラシ/デンタルブロック/カミソリ

おむつセットの内容

お体の状態、使用状況でプラン内容(Aプラン～Cプラン)が決まります。

病 室

病室は、_____階病棟_____号室です。
患者様の状態によって、ご家族に承諾を得る前に病棟・病室を移る事があります
のでご理解とご協力をお願いいたします。

連 絡 先

ご家族の緊急連絡先として自宅・携帯電話・勤務先など、必ず連絡の取れる所を
お知らせください。又、連絡先番号、住所等に変更があった場合は必ずお知らせ
ください。

診 断 書 類

診断書・入院証明書等については、1階受付にご提出ください。
書類の作成には時間がかかりますのでお早目にご提出ください。

貴 重 品

やむを得ない場合の除き、現金や貴重品の持ち込みはご遠慮いただいています。
お持ち込みされた際の紛失には責任を負いかねますのでご了承ください。

食 事

箸・スプーン・フォークにつきましては当院にてご用意いたします。差し入れなど
を希望される場合は医師・看護師にご相談ください。

入 浴

通常1週間に2回です。(医師の許可が必要です)
入浴回数は病棟看護師が計画します。
石鹸・シャンプーなどの用意は必要ありません。使用料 50 円/回です。

リネン交換

シーツ類の交換は原則1回/週ですが、汚れた場合は速やかに交換いたします。

お洗濯

私物の洗濯は、ご家族にてお願いいたします。
ご家族での対応が難しい方は、当院にて承ります。詳しくは別紙をご覧ください。
ご自宅でのお洗濯の方は1回／週以上の回収をお願いいたします。

散髪

当院契約理容師が行います。ご希望の際は病棟看護師にお申し込みください。
毎月の入院費の請求時に精算いたします。
カット料金 2,040円 ベッドカット料金 3,060円
顔剃り 510円

一日のスケジュール

時間	予定
5:00	・オムツ交換（汚染時は適宜交換） ・ 必要時採血
6:00	・起床 洗面 ・ 1日の排便回数をお聞きします。 《前日の朝6時～当日の朝6時まで》
8:00	・朝食
9:30	・オムツ交換
10:00	・検温 体温・脈拍・血圧測定など
12:00	・昼食
15:00	・オムツ交換
18:00	・夕食
20:00	・オムツ交換
21:00	・消灯

上記は予定ですので、時間がずれる場合があります。

2階病棟直通電話 011-688-7357

3階病棟直通電話 011-688-7358

面 会

- ・面会時間は平日12:00～19:00、土日祝日10:00～19:00です。時間外の面会をご希望の場合はナースステーションにお知らせください。
- ・症状によっては面会をお断りする場合があります。
- ・感染防止の為、面会時は手指消毒をお願いいたします。病室前に速乾性手指消毒剤を設置していますので、病室出入りの際は両手に擦り込んでください。マスクの着用もご協力をお願いいたします。
- ・発熱等感染症の疑いがある方の面会をご遠慮ください。

外出・外泊

外出、外泊は医師の許可が必要です。
届出が必要となりますので、前日までに病棟看護師にお申し出ください。

床頭台の利用

床頭台使用料は1日 300 円(税込)かかります。
(床頭台使用料にはテレビ・冷蔵庫の利用が含まれています。)

お 願 い

当院では、患者様からのお心遣いの金品につきまして一切をお断り致しております。
また、生花の持ち込みはご遠慮ください。

そ の 他

ご不明な点がございましたら、お気軽に医療ソーシャルワーカーまでご相談ください。

限度額適応認定証をお持ちですか？

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	
有効期限 令和 5年 7月31日 交付年月日 令和 4年 8月 1日	
被保険者番号	01234567
被 保 険 者	住所 広城市連合町1丁目
氏名	後期 太郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
発効期日	令和 4年 8月 1日
適用区分	区分II
長期入院 該当年月日	令和 4年 8月 1日 保険者印 
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	39011000 北海道後期高齢者医療広域連合 

対象者は？

公的な医療保険にご加入の方であれば、誰でも利用できます。

いつ適応されますか？

病院の会計時に適用されます。



窓口どこですか？

ご加入の公的医療保険の窓口です。

(例)

公的医療保険（保険者）	加入者（被保険者）	相談窓口
国民健康保険	自営業、フリーター	市区町村の健康保険課 (札幌市は区役所保険年金課)
後期高齢者医療制度	75歳以上	

申請必要はかかりますか？

申請費用はかかりません。無料で申請できます。



入院したら早めに病院へご提示ください

「限度額適用認定証」を保険証と併せて医療機関等の窓口を示すと、1ヵ月（1日から月末まで）の窓口でのお支払いが自己負担限度額（所得に応じて上限額は変わります。）でのお支払いとなります。