

南洲整形外科病院 入院 ご案内

当病院の入院医療は、急性期一般病棟・回復期リハビリテーション病棟があり症状にあった病棟にて充実した入院生活を受けていただける体制に取り組んでいます

入院中は、できるだけ快適な入院生活を送っていただけますよう、スタッフ一同暖かい、心細やかなサービスを心がけています

入院のご案内に、限度額適応認定証や高額療養費制度についての案内をしております

入院にあたってご不明な点がございましたら、ご遠慮なく、ナースステーションや1階受付にお問合せください

なお65歳以上の方は介護保険証も提示してください(利用しなくても出してください)

1 入院予約

- (1) 外来で診察の結果、医師から入院の指示があった時は外来受付で入院の予約をし入院時の必要書類を記入していただきます
- (2) 症状によっては、直ちに入院していただくこともあります
また病室の都合により、お待ちいただくこともあります
入院日が決まりましたら来院していただく日時を電話等で連絡いたします
(出来るだけ午前中の入院をお願いします)

2 入院手続

- (1) 入院当日、受付に次の書類を提出し、入院の手続きをしてください

★診察券 保険証 65歳以上の方は介護保険証 ★入院申込書 ★限度額認定証(もっている方)

(身元保証人は、親・子供(成人者)・親戚・他、支払い能力のある身元が確実な方は1名必要です)

※入院申込書には申込者の印鑑を必ず捺印してください

- (2) 労災・公傷の方は、当該官署又は、事業主の発行する証明が必要です
- (3) 都道府県が実施する特定疾患治療研究事業の対象疾患等で入院される方は事前に手続きが必要です
ですので受付に申し出ください
- (4) 入院中に保険証に変更が生じた場合は速やかに医事課に保険証に提示されてください
(もし変更の手続きが無い場合は自費診療になることがあります)
- (5) 他医でのお薬を服用されてる方は必ず持参してください

3食事

(1)入院中の食事は病院が治療の一環として、それぞれの症状に適した食事を提供します

病室内での電気ポットの使用は固くお断りいたします

食事時間 朝食8:00 昼食11:45 夕食 18:00

※食事の残りは、食後に処分してください(取り置き病室管理はご遠慮ください)

※食中毒発生予防の為、外部からの持ち込み(特に生もの)は、ご遠慮ください

※介助を必要とされる患者様は食事用エプロンをご準備ください

4寝具・病衣等

(1)病衣は用意してあります。なお私物でも構いませんが病衣を希望される際には看護師まで

申し出ください。レンタル料として1日110円(税込)徴収いたします

※着物式・パジャマ式、レンタル料は同様です

※手術後は、病衣を着用していただく事もあります

(病衣の交換)

1月～6月・10月～12月(毎週水曜日・土曜日 2回) 7月～9月(毎週月・水・金曜日 3回)

(シーツ類の交換)

二階病棟(毎週火曜日) 三階病棟(毎週水曜日)

5 入院中の生活について

(1)病院職員の指示に従い療養に努めてください(患者様の状態で付き添いをお願いする事もあります)

(2)病院内での賭け事・飲酒・放歌・集会等、他の入院患者様の迷惑になる事は禁止します

(3)入浴時間は曜日により決まっております(入浴には医師の許可が必要です)

(4)検温は午前10時・午後3時に行います

(5)リハビリや手術後の消毒時間は主治医・リハビリ担当により異なります

(6)外出・外泊は基本的に認めておりません

※冠婚葬祭等の場合は主治医の許可が必要なので看護師に、お申し出ください

※院外散歩は禁止となっております

(7)病院の施設や備品等は破損しないよう使用してください

- (8) 盗難防止の為、貴重品や現金は鍵付きの床頭台で自己管理してください
- (9) 洗濯は屋上と3階の洗濯機をご利用ください(病室内に洗濯物を干すことは禁止です)
洗濯依頼業者の利用もできます(詳しくはナースステーションにお問い合わせください)
- (10) 入院期間中の自家用車の構内駐車はお断りします
- (11) 病室は午後9時に消灯します(消灯後は談笑・テレビ観賞はご遠慮ください)
- (12) 2階病棟は急性期一般病棟です

3階病棟は回復期リハビリテーション病棟です対象患者様は治療の為に病棟を転棟していただく場合もあります
- (13) 病室内・病院敷地内も含め禁煙です
- (14) 病棟・病室内での下着姿での移動はご遠慮ください
- (15) 入院費は原則として毎月末締め翌月10日(土曜日や日曜祝日の場合は翌開院日)に請求させていただきます。お支払いは一階の受付でお願いします
- なお当院でのお支払いは現金のみとなっております。クレジットカード・デビットカード・PayPay等のご利用はできません
- (16) 診断書等のご希望がある方は申し出ください各証明書等の記載は1週間程度要しますのであらかじめ、ご了承ください
- (17) 新聞・雑誌は1階、外来ロビー待合室でご覧ください
(個人の新聞の注文はご自分で注文してください)
- (18) 患者様の中には、入院環境の変化や症状により状況判断が出来なくなり無断で外出されてしまう方もいらっしゃいます。このような場合は当院のみでの捜索が困難になりますので、ご家族に相談の上警察への届出を、お願いすることになりますので、ご理解の程、お願い申し上げます

6 非常時の心得

- (1) 非常の際には病院職員の指示・誘導に従って行動してください
- (2) 非常の際にはエレベーターは絶対に使用しないでください
- (3) 非常時以外は、消火器・非常ベルには手を触れないでください

7 面会時間

(1) 面会は下記の時間となっております

※面会時間(午前11時から午後8時)

(2) 病室での談笑は他の患者様の療養の妨げになりますので十分注意してください

(多人数の面会及び、お子様連れの面会は各階のディルームをご利用ください)

(3) 面会は、必ずナースステーションに申し出ください

(ナースステーションにて面会簿の記入後、面会者プレート着用をお願いします)

(4) 病室の入室の際には院内感染対策の為、手指の消毒をお願いします

(5) 手術日の面会は近親者のみでお願いします

(6) 院内感染対策の一環で季節的な流行に際し面会を制限させていただく場合もあります

8 特別療養環境室料

特別療養環境室料及びルーNo		
個室(トイレ付き)	二人部屋	二人部屋
1日3,300円	手術患者優先	1日550円
203号室・205号室	201号室・202号室	210号室・211号室・212号室

※手術後や重症の患者様が優先となりますが、状態が落ち着いている患者様は転室をお願いする場合があります

※個室の長期利用はできません

9 基準看護

当院は、基準看護を実施しております原則として付き添いは必要ありません

10 その他

退院について

忘れ物のないようお願いします。忘れ物があった場合、ご連絡させていただきますが当院での保管期間は一週間とさせていただきますので、予めご了承ください

退院時のお支払いは退院日に請求させていただきます

病院玄関に、ご意見箱を設置いたしておりますので、ご意見やご感想をお聞かせください
病院職員に対する心付けは一切お断りしておりますのでご了承ください

入院時必要物品

全ての物に名前記入をお願いします

- 病衣（レンタルもあります）
- バスタオル タオル 5枚ずつくらい
- 履物（靴が好ましい、必要に応じて長柄の靴べら）
- 洗面道具（歯ブラシ 歯磨き粉 プラスチックコップ 入れ歯洗浄剤 入れ歯入れ体を洗う石鹸 身体を洗うタオル必要に応じて長柄ブラシ 洗面器など）
ビニールバックなどお風呂セット入れがあると便利
- 肌着 手術の方は前開きの物が好ましい
- テッシュ
- 薬のみ（必要時）または、曲がりストロー
- T字帯（手術の方のみ）
- 日常生活に必要なもの（例：ひげそり くし 鏡 等）
- イヤホン（病院でも準備できます）

入院時書類などの記載等ありますので、以下の物も準備して下さい。

- 印鑑
- 保険証
- 介護保険証
- 身体障害者手帳
- 薬手帳
- 限度額認定証

入院中は他医への受診は、原則できません。内服ある方は残りの薬を薬剤師の方で確認をさせて頂きます（二重服用予防）

わからない事がありましたら、声をかけて下さい。

入院申し込み 同意書

医療法人 南洲会 南洲整形外科病院
理事長 園田 昭彦

主治医

- 1、診療費その他いっさいの諸経費は指定の期日までに相違なく納入致します。
- 2、貴院の諸規定及び諸院長の命ずる指示については、必ず守ります。
- 3、入院中、私が飲酒した場合、無断外出、外泊した場合強制退院となる事を了承致します。
- 4、入院時、識別バンドを装着します。
- 5、入院中、基礎疾患のある方など突然合併症が出現し、生命への危険を及ぼす事もあり得ます。
- 6、入院中精神状態が不安定になり、不穏が強い場合御家族に付き添いをお願いし、病室の移動もいたします。

以上に対して、納得した上で入院致します。

令和 年 月 日

住所

患者氏名

印

保証人 1

名前 続柄

住所

電話番号

携帯番号

保証人 2

名前 続柄

住所

電話番号

携帯番号

請求書の通知先

- 本人 保証人 1 保証人 2

患者さんの個人情報保護 にレをお願いします

- 1、面会者（ご家族も含む）を行っていいか。 はい いいえ
- 2、医療事故防止のため、氏名の掲示を行っていいか。 はい いいえ
- 3、40才以上の方へ
介護保険利用予定・利用の方は、転院・退院時に関係する
介護事業者・病院等に情報の提供を行っていいか。 はい いいえ

交通事故・労災等の患者さんへ

保険会社・警察・検察・裁判所からの情報の提供を求められた場合、診療情報の提供に
同意する 同意しない

病室内への金品の持ち込みは行わない事。やむなく持ち込み、紛失、盗難等が発生した
場合、入院患者または、保証人の責任と致します。

保険外負担に関する同意書

I D

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。下記の内容について同意をいただいた上で署名・捺印をお願いします

(税込10%)

入院患者実費負担金一覧		その他		診断書・各種書類関係	
病衣代 1日につき	¥110	エルボーキーパー(S・M・L・LL)	¥1,760	院内診断書	¥1,100
紙おむつ 1枚	¥220	キャストブーツ(S・M~L)	¥2,310	市町村共済診断書	¥2,200
紙おむつ 1袋	¥3,850	キャストサンダル(S・L)	¥2,200	傷病手当(自費の場合)	¥1,100
尿取りパット 1枚	¥33	アームスリング(一般・子供)	¥1,164	雇用保険受給証明書	¥1,100
尿取りパット 1袋	¥605	肩固定帯(105cm・130cm)	¥1,100	死亡診断書	¥2,200
高吸収尿取りパット 1枚	¥110	バーディスプリント(2cm・2.5cm)	¥451	国民年金診断書	¥3,300
高吸収尿取りパット 1袋	¥2,200	ソルボ外反母趾サポーター (右S・M・L)(左S・M・L)	¥2,090	厚生年金診断書	¥3,300
オムツセット	¥539	とんちゃん(右S・M・L)(左S・M・L)	¥2,310	身体障害者診断書	¥2,200
リハビリパンツ 1枚	¥165	ソルボヒールサポーター(S・L)	¥1,320	交通事故診断書	¥3,300
リハビリパンツ 1袋	¥1,870	ヒールパット(S・M・L)	¥660	自賠責請求用診断書	¥3,300
イヤホン	¥165	D縦軸アーチパッド(S)	¥275	自賠責請求用明細書	¥3,300
ハイマットスーパー 1枚	¥770	D縦軸アーチパッド(M)	¥385	生命保険診断書(簡易)	¥2,200
付き添い食費 朝	¥440	D縦軸アーチパッド(L)	¥495	生命保険診断書	¥5,500
付き添い食費 昼・夜	¥550	D横軸アーチパッド(M・L)	¥440	後遺症診断書	¥5,500
洗濯代 1ヶ月	¥5,500	超弾性ワイヤー(マチワイヤMD)	¥4,400	施設入所用診断書	¥11,000
洗濯代 10日まで	¥2,200	マックスベルト(SS・S・M・L・LL・3L・4L)	¥1,870	健康診断書	¥3,300
ベンニドール 32GテーパーA型	¥1,386	マックスベルト ショート(S・M・L・LL)	¥1,870	支払証明書	¥220
		バストバンド エース(S・M・L・LL)	¥1,650		
		バストバンド レディ(S・M・L)	¥1,650		
		レントゲン 紙コピー 1枚	¥55		
		レントゲン CD	¥220		

上記内容について同意しました。

令和 年 月 日

患者氏名

印

代筆者氏名

印

(続柄)

入院時情報記入シート

患者氏名（ ）生年月日（ 年 月 日） 歳
仕事をされてる方は仕事内容（ ）

連絡先・・・必ず連絡の取れる方を2名記入して下さい。

氏名（ ）続柄（ ）

住所 電話番号

携帯番号

氏名（ ）続柄（ ）

住所 電話番号

携帯番号

主に面倒をみている方はどなたですか

家族構成

配偶者有無（ ） 子供（ ）

現在何人暮らしですか？（ ）

環境について

自宅は 平屋 2階建て

階段が ある ない

坂道がありますか？ ある ない

アレルギーについて

薬、注射、食べ物などで具合が悪くなったり、じんま疹が出たことがありますか？

はい いいえ

はいの方、症状を教えてください（ ）

アルコールは飲みますか？ はい いいえ

はいの方 1日どれ位飲みますか（ ）

飲酒歴（ ）

タバコは吸いますか？ はい いいえ 以前吸っていた

以前吸っていた方は何年前まで？何年間？（ ）

オムツが必要な場合、病院指定のオムツを購入してもよいですか？ はい いいえ

洗濯はどなたがされますか？（ ）

入院までの経過・・・いつ頃から、どこが、どうありますか？

既往歴・・・分かる範囲でよろしいので記入して下さい

介護保険・・・(有 ・ 未申請・ 申請中 ・ 認定待ち)

有の方 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護

居宅介護支援事業所・・・(有 ・ 無し・ 不明)

有の方 居宅介護支援事業所名 ()

身体障害者手帳・・・(有 ・ 無し)

有の方 級 内容：

日常生活について

認知症がありますか？	(はい	・	いいえ)
視力障害はありますか？	(はい	・	いいえ)
聴力障害はありますか？	(はい	・	いいえ)
摂食障害はありますか？	(はい	・	いいえ)
義歯はありますか？	(はい	・	いいえ)
食べられないものがありますか？	(はい	・	いいえ)
排泄障害がありますか？	(はい	・	いいえ)
歩行はできますか？	(はい	・	いいえ)
移動時使用している器具がありますか？	(はい	・	いいえ)
入浴は1人でできますか？	(はい	・	いいえ)
更衣は1人でできますか？	(はい	・	いいえ)
褥瘡がありますか？	(はい	・	いいえ)