

入院のご案内

1. 入院手続について

入院のお手続きに際して、本人又は家族代表者の方が、下記事項を確認して頂き、1 階の受付にて手続きをお願いいたします。

お申し込み時にご用意頂くもの

- 入院申込書・入院に係る同意書

入院申込書・入院に係る同意書には、ご本人様と保証人の方の 1 名の署名(代筆可)、捺印の上、1 階の受付へご提出ください。

- 実費徴収に関する書類(おむつ、ケアセット等)

各種書類は入院された日にお渡しします。署名(代筆可)、捺印の上、ご提出ください。

- 保険証をご提示ください。以下をお持ちの方は併せて提出をお願いいたします。

- ・健康保険高齢者受給者証(70 歳～74 歳の方)
- ・限度額適用認定証(70 歳未満の方)
- ・限度額適用・標準負担額減額認定証(70 歳以上の方)
- ・各種公費負担医療受給者証

※当院では、入院時に保険証の確認をさせて頂いております。お手続きの際にご持参いただくようお願いいたします。また、入院中に保険証変更がございましたら、すみやかに 1 階受付までお申し出ください。

- 保証金

入院の際に下記の金額をお預かりいたします。

- ・保険加入の方(国民健康保険、後期高齢者医療保険、社会保険) 30,000 円
- ・生活保護の方 0円

※お預かりの際、保証金預り書を発行致しますので退院まで大切に保管してください。

※保証金預り書は再発行致しませんので予めご了承ください。

2. 入院中及び退院後について

- 持ち物

上着・下着・くし・シューズ(ひも付き不可)・洗面具(歯ブラシ・歯磨粉・コップ等)・電気シェーバー・入れ歯ケース・入れ歯洗浄剤・マスク・ティッシュペーパー

- 付添

当院では付添は原則として付けられません。特別な事情がある場合は、主治医又は、看護師までお申し出ください。

- 退院時の精算について

退院時の精算は、原則として退院当日となっております。

※諸事情により当日精算できない場合は、1 階受付までご相談ください。

3. その他

- 外出・外泊について

外出・外泊は原則的に禁止とさせていただきます。尚、特別な理由で希望される方は必ず主治医の許可を得て所定の手続きをしてください。外出・外泊の手続きをされた方は、病室を出られるとき及び病室に戻られるときは、看護師へお知らせください。やむをえず遅くなる場合、病院まで必ずご連絡ください。

- 現金、貴重品の持込について

ご入院に際してお持ち込みされた私物はすべて患者様ご自身で管理をお願いするとともに、貴重品や多額の現金は、極力お持ちにならないようお願いいたします。

※紛失、盗難については責任を負いかねますのでご了承ください。

- 義歯・補聴器・眼鏡等の補助具の紛失について

ゴミ箱に混入したり、洗濯物やリネン交換時に混入したりする可能性があります。また、ティッシュ等で包んで保管されますと誤って処分してしまうこともありますので、できるだけ専用のケース等で保管をお願いいたします。

病院スタッフもできる限り紛失することがないように配慮いたしますが、紛失時の責任は負いかねます。ご家族様におかれましても患者様の私物の管理にご協力よろしくをお願いいたします。

- 禁酒・禁煙について

当院は、建物内および敷地内は全面禁煙となります。病院周囲においても喫煙はご遠慮ください。また、入院中の飲酒・喫煙は固く禁じております。

※守っていただけない場合は、退院していただくことがあります。

- 床頭台について

ベッド脇の床頭台には、テレビと冷蔵庫が設置されております。レンタル利用される患者様は、1階受付にてお申し出ください。また床頭台には、鍵がついておりますので貴重品の管理にご利用ください。

※鍵を紛失された場合、修理費として別途請求させていただきます。

その他、ご不明な点がございましたらご遠慮なくお問い合わせください。

カスタマーハラスメントに対する基本方針

医療法人山柳会では、施設利用者様が安全、且つ安心して各施設をご利用いただけるよう、提供するサービスと技術の向上に努めております。施設利用者様に品質の高いサービスを提供するためにも、職員を守る立場から、本基本方針を策定し公開いたします。

カスタマーハラスメントの想定

厚生労働省が発表している「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」に記載されている『顧客等からのクレーム・言動のうち、当該クレーム・言動の要求の内容の妥当性に照らして、当該要求を実現するための手段・態様が社会通念上不相当なものであって、当該手段・態様により、従業員の就業環境が害されるもの』を主に対象と想定しております。

なお、対象は以下のような行為のみに限定されるものではありません。

カスタマーハラスメントの対象と考える行為

厚生労働省が発表している「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」の内容に順じ、下記の行為を想定しております。

- 身体的な攻撃(暴行、傷害)
- 精神的な攻撃(脅迫、中傷、名誉毀損、侮辱、暴言)
- 威圧的な言動
- 土下座の要求
- 継続的な(繰り返される)、執拗な(しつこい)言動
- 拘束的な行動(不退去、居座り、監禁)
- 差別的な言動
- 性的な言動
- 従業員個人への攻撃、要求

なお、要求内容の妥当性に照らして、不相当とされる場合は、下記の行為も想定しております。

- 商品交換の要求
- 金銭補償の要求
- 謝罪の要求(土下座を除く)

カスタマーハラスメントへの対応

【施設利用者様、ご家族様への対応】

カスタマーハラスメントの対象となる行為には、合理的な解決に向け、理性的な話し合いを求めますが、悪質であると判断した場合には施設のご利用をお断りする場合がございます。

【職員のための対応】

- カスタマーハラスメント発生時に備えて、各職員が迅速に対応できるよう、対処方法の研修を実施しております。
- カスタマーハラスメントへの対応マニュアルを定め、施設内体制を構築しております。
- より適切な対応のため、外部機関(警察や弁護士など)と連携いたします。

施設利用者様、ご家族様へのお願い

多くの施設利用者様には、前記のような事案が発生することはなく、各施設の提供するサービスをご利用いただいておりますが、万が一カスタマーハラスメントに該当する行為が確認された場合、本基本方針に則り、毅然と対応いたします。

今後とも施設利用者様により品質の高いサービスを提供し、ご満足いただけるよう尽力して参りますので、引き続きご理解・ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

2025年6月1日

医療法人山柳会

理事長 塩味 正雄

2025年6月1日制定

2025年6月1日

面会のお知らせ

新型コロナウイルス感染症流行に伴う感染防止対策として、入院患者様への面会を制限させていただきましたが、面会制限の緩和(面会枠・面会時間の延長)をいたします。

これまでの当院の対応につきまして、ご理解・ご協力いただき感謝申し上げます。

詳しくは下記の面会実施内容・注意事項をご確認の上、お申し込みください。

面会内容

面会日時: 月～土(14:20・14:40・15:00・15:20・15:40)

※日曜、祝日は面会不可です。

面会枠数: 3階病棟 1日5組まで 4階病棟 1日5組まで

面会時間: 10～15分 *時間厳守

面会者: ご家族様2名まで(高校生以上)*人数厳守

事前にお電話で予約を行ってください。(9時～17時)

048-467-0016

注意事項

- 感染症の流行状況により、面会禁止の措置を行う場合がございます。
- 発熱、咳、鼻水、咽頭痛、倦怠感、下痢など体調の悪い方は面会できません。
- 入館の際は不織布マスクを着用し、手指の消毒をお願いします。
- 面会の際は、感染防止の為に、距離を保っていただくようお願いいたします。
- 患者様への食べ物の差し入れ、飲食は禁止です。

医療法人 山柳会

あさか相生病院

2025年6月1日

お荷物の受け渡しについて

13時～17時30分の間

なるべく上記時間内に

1階受付にお持ち込みください。

お荷物には、持ち込まれる物すべてに、事前にお名前の記入をお願いいたします。

お持ち込みされた私物はすべて患者様のベッドサイドでの管理になりますので、貴重品や多額の現金は、極力お持ちにならないようお願いいたします。

基本的に食べ物の持ち込みはご遠慮いただいております。

事前に内容を確認させていただきますのでお申し出ください。

上記時間外に受け渡しが必要になった場合

事前にお電話にてご一報ください。

048-467-0016

入院費のご案内

お支払いについて

1カ月に1回、請求を行っております。

下記期日よりご精算が可能になりますので、入退院窓口までお願い致します。

例)6月入院分 ⇒ 7月15日以降支払い可能

なお、当院では請求書の郵送は行っておりません。

お支払い金額のお問い合わせは窓口、またはお電話にてご確認ください。

受付時間

平日：午前9時～午後5時

土日・祝祭日：午前9時～午後4時

入院費の目安(1ヶ月入院の場合)

70歳以上で1割・2割負担の方

保険一部負担金(入院時一般検査を含む)	57,600円(上限)
食費	44,100円
ケアセット	21,900円
オムツ代(オムツ持ち込み不可)	0円～60,000円(上限)
その他実費分	+ α円

合計 123,600円～183,600円 程度

70歳以上で3割負担の方

保険一部負担金の上限は、約80,000円～260,000円となります。(ご負担の医療費は課税所得によって異なる場合があります)

70歳未満の方(3割負担)

保険一部負担金に上限はありませんが、一定金額を超えた分は後日申請により、ご加入されている保険者より返金されます。

通知が届いた後に手続きをする保険者、自らの申告による申請をする保険者があります。

その他、加入されている保険者に申請をすることにより『限度額認定証』が発行され、病院での窓口負担を軽減させることができます。(入院が長期にわたる方は、こちらの申請をお勧めします。)

入院費と食事代の減額について

住民税が非課税世帯の方は申請により『標準負担額減額認定証』が発行されます。自己負担限度額や食事代が軽減されますので、早期に申請されることをお勧めします。

また、介護保険証をお持ちの方は、医療保険証と一緒に窓口へご提示願います。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

医療法人山柳会 あさか相生病院 入退院相談窓口

入院申込書

本人	氏名	印	生年月日	年 月 日 入院 大 昭 平 令 年 月 日 (才)
	現住所	電話 ()		
	連絡先	電話 ()		

あさか相生病院 院長 殿

私こと、この度貴病院への入院を許可されたく、下記の入院保証金、並びに誓約書を添えて申し込みます。

入院保証金 金 円也

月 日 受領

印

誓約書

今般、私こと貴病院に入院のうえは、下記の条項を厳守し、万一これに違背した場合は必ずご指示どおり処置することを保証人連署をもって固く誓約いたします。

記

- 入院中は院内諸規則を必ず遵守します。
- 入院中の治療に関しては病院長の指示に従います。
- 診療費、その他入院に係わる費用については所定の期日までに必ず支払うことを厳守します。
- 上記条項に違背したときは退院を命ぜられても異存ありません。

保証人

氏名 _____ 印

住所 _____

本人との関係 _____

連絡先 () _____

入院に係る同意書

年 月 日

医療法人 山柳会 あさか相生病院

病院長 殿

私は、入院に係る下記①～⑤の事項において、各項目で指定した内容及び記載事項、確認事項を了承したことに同意します。

記入者住所

記入者氏名

印

入院患者住所

入院患者氏名

(入院患者との続柄)

1. 禁止行為について

- 敷地内での喫煙、飲酒
- 他患者、職員への暴言暴力や迷惑行為
- 院内での録音や写真撮影、動画撮影等の行為
- 火災を引き起こす様な行為(喫煙、電気製品の不正使用、御香、アロマ等)
- 器物破損及び備品の持ち出し行為
- 医師及び看護師等の指示の拒否行為

※ 上記行為に違反した場合は強制退院を命じます。

2. 個人情報の利用目的について

当院では、患者様の個人情報を【当院における患者さんの個人情報の利用目的は】に記載した目的で利用させていただくことがございます。これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて患者さんから同意をいただくことにしております。

主な個人情報使用例として

- 患者様誤認防止の為の個人情報の使用例として
診察時の患者様氏名での呼出や入院患者様のベットネームの掲示
- その他、主な個人情報の使用例として
病室前の患者さん名札掲示や面会者への病室案内

退院後に介護保険制度を利用して、通所リハビリテーション事業所等によるサービスを受ける方や、他の医療機関等によるリハビリテーションの提供を継続して受ける予定がある場合、当院で作成した診療情報提供書やリハビリテーション資料の提供

個人情報の利用について、下記の対応の中から選び、をつけてください。

無断離院の防止策として、顔写真の撮影をお願いする場合がございます。

- 顔写真の撮影を許可する。 } 顔写真については、職員による無断離院の予防、捜索時の使用や警察等へ
 顔写真の撮影を認めない。 } 捜索依頼する場合に使用します。

※当院では、無断離院に起因する事故等の一切の責任を負いかねます。

3. 入院状況について

直近3ヶ月のうち、他の病院に入院したことがあった場合は、下記に記載をお願いします。

病院名() 傷病名()

入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

病院名() 傷病名()

入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

4. オンライン資格確認等システムによる資格情報等の閲覧機能の利用について

- 同意します。(当院職員がシステムを利用して資格情報等を閲覧いたします)
 同意しません。

5. 保険外負担について

健康保険等の対象外となるサービス又は使用料については、下記の料金で実費請求することとなります。

サービス名	料金(税込)
診察券再発行	110円
日用品レンタル(病衣・タオル等)	別紙参照
おむつ利用費	別紙参照
私物洗濯	別紙参照

※表記の税込価格は消費税率 10%で計算されております。

入院患者さま連絡先

日付： 年 月 日

日常のご家族様の連絡や緊急時の当院からの連絡を確実にするために、優先順位の高い方から入院患者さま連絡先をご記入ください。

フリガナ

患者さま氏名 _____ (ID: _____)

第一連絡先

フリガナ

氏名 _____ 続柄 _____

自宅 TEL _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____

住所 〒 _____

勤務先 名称 _____ TEL _____ - _____ - _____

住所 〒 _____

第二連絡先

フリガナ

氏名 _____ 続柄 _____

自宅 TEL _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____

住所 〒 _____

勤務先 名称 _____ TEL _____ - _____ - _____

住所 〒 _____

在宅で利用されているサービスの連絡先（サービスを利用されている場合にご記入ください）

ケアマネージャー _____ さま 事業所名 _____

事業所 TEL _____ - _____ - _____ 介護度 (_____)

※連絡先の変更があった場合は、当院までお知らせください。