

入院予定日時 月 日 時 分  
(手術予定日 月 日)

- \* 現在、服用しているお薬がある方は必ずお持ち下さい。
- \* 医療機器の障害になりますので、携帯電話の使用は避けてください。
- \* 病院内は、**敷地内禁酒・禁煙**になっております。
- \* 入院中の医療費は、**毎月月末に締め切り**、請求書は翌月10日前後にお渡しします。  
納金は3日以内に受付にてお支払い下さいますよう、お願い致します。
- \* 入院保証金として、**¥50,000**をお預かり致します。(退院時返金します)



### <入院時準備する物>



洗面用具・スリッパ・バスタオル・タオル・湯飲み・ティッシュ・寝衣着替え等  
バスタオル(大判のもの)・タオルは多めにご持参ください。  
生活に必要な身の周りのものをお持ち下さい。  
私物には名前を記入して下さい。  
※貴重品、多額のお金は持ち込まないようお願い致します。  
※シャンプー・リンス・ボディソープ・洗剤等は、各自でのご用意をお願い致します。  
※歯磨きの介助が必要な方は、液体歯磨き(モンダミン・リステリンなど)の準備をお願い致します。  
※オムツ持込み不可

### <手術をされる方>



**眼の手術を受ける方は、退院時に手術後の保護用メガネをお渡し致します。**

### <薬>



入院中はお渡しする薬以外飲まないで下さい。但し、家庭薬または他院での処方薬を服用されている方は、看護師にご連絡下さい。  
また、**眼の手術で入院される方は、現在服用されているお薬を入院日数分ご用意ください。**

### <面会>



面会時間は14:00~19:00までです。  
3階ナースセンターにて面会簿に記入してからの面会となります。  
お子様(12才以下)は、病気に対する抵抗力が弱いのでご遠慮ください。  
治療上、面会を制限することがありますので、ご協力をお願い致します。  
※正面玄関は18:00には閉まります。  
夕方からの面会は、裏口(駐車場側)から入るようお願い致します。

R2.2.8 改定



### <食事>



朝食 8:00~ 昼食 12:00~ 夕食 18:00~になっています。  
食事は病状にあわせて準備致します。  
予定外の退院・外出・外泊等がございましたら、ご連絡をいただかないとすでに用意した食事の料金をいただきます。あらかじめご了承ください。

### <入浴>



入浴は症状により医師が許可します。  
入浴日: 男性⇒月・木 女性⇒火・金 時間帯: 11:00~15:00

### <外出・外泊>



外出・外泊は医師の許可が必要です。希望の際は 看護師までご連絡ください。(ナースセンター前のノートに記入してください)

### <入院中の他院受診について>



**入院中に他医療機関に受診を希望される方は、必ず事前にナースセンターにお伝えください。お申し出がない場合は、入院のご請求額が増額となるケースがございます。**

### <テレビの使用>



一人一台用意されていますので、3階のカード販売機(一枚1000円)でお求め下さい。**なお、カードの払い戻しは、3F精算機にて可能です。**  
イヤホンをお持ちの方は持参をお願い致します。

### <床頭台のカギについて>



希望がございましたら、キーの貸出を致します。入院受付時にお申し出ください。退院会計時に返却をお願いします。  
**紛失等による未返却時には¥1,100をご請求させていただきます。**

### <入院費の支払方法>



退院の際のお支払いについては、必ず**退院当日**にお願いします。また、日・祭日に退院の方は、その前日にお願いします。

### <洗濯について>



カード(テレビのカードと同じもの)をお求めになり、5階の洗濯機・乾燥機をご利用下さい。もしくは、ご家族等での各自でお持ち帰りとなります。

### <その他>

必要以外の部屋には、立ち入らないで下さい。  
室内に釘を打ったり、貼り紙などはなさないで下さい。  
他の患者さんの迷惑になる行為は慎んで下さい。  
パソコン等の個人持ち込みの電化製品に関して、必要最小限の使用とさせていただきます。

## 入院申込書 (兼保証書)

入院日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

医療法人大橋会

大橋病院長 大橋 昭 殿

入院に際し、下記事項を確認し、下記連帯保証人①と同連帯保証人②とは患者さまと連携しかつ各連帯保証人間においてこれを引受け、支払う事をお約束致します。

1. 入院等の治療関係諸費用は、毎月末日締切分の入院費用請求書は貴院のご指定の日時に、また退院の際の精算についてはその当日（日祭りの場合はその前日）に遅滞無くお支払い致します。
2. 入院中持ち込んだ貴重品の損害を被った場合には、貴院に対し一切補償請求は致しません。
3. 故意または過失により貴院に損害が生じた場合には、損害賠償の責に任じます。
4. 入院中、貴院の医師が他院への受診や転院が必要と判断した場合には、これに応じ協力致します。
5. 貴院の規則または医師の指示に従わないときは、退院を命じられても異議を申しません。

<b>患者様</b>	フリガナ 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>	生年月日	T S H 年 月 日生 ( ) 歳
	住所 〒	自宅TEL	- -
		携帯TEL	- -
	※「有」と答えた方 入院中お車を駐車される方		
<b>連帯保証人①</b>	フリガナ 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>	続柄	自宅TEL - - [ ] 携帯TEL - - [ ]
	住所 〒	勤務先TEL	- - [ ] 病院名 / 可 ・ 不可 (個人名で)
	勤務先	所在地	
	フリガナ 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>	続柄	自宅TEL - - [ ] 携帯TEL - - [ ]
住所 〒	勤務先TEL	- - [ ] 病院名 / 可 ・ 不可 (個人名で)	
勤務先	所在地		

※【】に連絡先の優先順位をご記入下さい。

※ 連帯保証人は原則として支払能力のある方で、1. 家族 2. 生計を別にして近親者 3. 独立の生計者の中から、2名をお願い致します。

**緊急連絡先** 上記以外に連絡先がある方はご記入下さい。

フリガナ 氏名	続柄	自宅TEL - - [ ] 携帯TEL - - [ ]
住所	勤務先TEL	- - [ ] 病院名 / 可 ・ 不可 (個人名で)
勤務先	所在地	

**ご希望の病室をお選び下さい。** ※ 金額は1日あたりの金額です。

多床部屋 (3人・4人)	無料	洗面所 (共用) ・ テレビ (カード式) ※ 冷蔵庫は給湯室に設置 (共用)
4 階 個 室	2,200円	冷蔵庫 ・ トイレ ・ 洗面所 ・ テレビ (カード式)
3 階 個 室	2,200円	冷蔵庫 ・ トイレ ・ 洗面所 ・ テレビ (カード式)
特 別 室	1,1000円	冷蔵庫 ・ トイレ ・ 洗面所 ・ テレビ ・ 浴室 ・ 応接セット ・ DVDプレイヤー

\*多床部屋：202・203・205・208・210・417号室      \*4F個室：403・405・406・407・408・410・411・413・415・416号室

\*3F個室：301・302・303・305・306・307・308・310号室      \*特室：201・401号室

注：患者様の病状、予約の状況等によりご希望とは異なる場合もございますのでご了承下さい。  
また、『**室料差額同意書**』については、本書面での御署名・御捺印をもって同意したものとみなします。

<b>3ヶ月以内の入院の有無</b>	3ヶ月以内に当院または他院に入院されましたか？○をお付け下さい。
はい	いいえ      ※「はい」の方は、前回入院された病院の退院証明書をお持ち下さい。

(医) 大橋会 大橋病院 実費徴収に関する同意書

項目	単位	金額 (税込)	備考	チェック欄	
血液型検査	1回	¥620		-----	
大腸検査前食事セット	1セット	¥1,728		-----	
オムツ類	紙オムツ (Lサイズ)	1枚	¥140		
	紙オムツ (Mサイズ)	1枚	¥130		
	リハビリパンツ (Lサイズ)	1枚	¥150		
	リハビリパンツ (Mサイズ)	1枚	¥140		
	ビッグパット	1枚	¥90		
	フラットタイプ	1枚	¥70		
	尿とりパット	1枚	¥50		
	アルファマット	1枚	¥230		
	おしりふき	1パック	¥330		
病衣 (フリーサイズ)	1着	¥220	上下セットで¥440円		
テレビ用イヤホン	1個	¥230			
付添寝具	1セット	¥250			
付添食事	朝食	¥440			
〃	昼食	¥660			
〃	夕食	¥660			
死後処置料		¥13,200			
選定療養費	1日	¥1,482～	入院期間180日超で対象の患者様	-----	
検査等	α-FP	1回	¥410	回数を超えての検査料	-----
	α-FP精密測定	1回	¥1,330	〃	-----
	癌胎児性抗原精密測定	1回	¥1,330	〃	-----
文書代	診断書	1枚	¥3,850	病院所定様式	-----
	診断書	1枚	¥7,700	保険会社指定様式、入院・通院証明書	-----
	死亡診断書	1枚	¥5,500	病院所定様式	-----
	死亡診断書	1枚	¥5,500	保険会社指定様式	-----
	その他文書代	1枚	¥1,100	証明書他 窓口にてお問合せ下さい	-----

上記一覧は、入院中の「病衣」や「オムツ」「各種診断書」など、患者様・ご家族の利便性の向上を目的に、保健医療機関で実費での請求が認められているサービスでございます。ご希望をされた方、同意をいただいた方に自己負担にてご請求・御精算を頂いております。

尚、上記一覧以外にも、実費にてご請求をさせて頂くサービスが生じた際には、患者様の同意を得たうえで併せてご請求をさせて頂きますので、ご了承ください。

また、床頭台の鍵を紛失・未返却の際には、別途1,100円を請求させて頂きます。

令和 年 月 日

医療法人大橋会大橋病院 院長 大橋 昭 殿

私は、上記費用徴収について内容を確認しましたので、費用徴収が生じた場合、料金を支払うことに予め同意致します。

患者様氏名  
(もしくは連  
帯保証人  
代筆可)

印

# 個人情報についての質問表

医療法人大橋会 大橋病院

平成 17 年 4 月 1 日から個人情報保護法が施行された事により、入院される皆様への対応として、皆様の意思確認を本書面により同意を得たものとして対応いたしたく存じます。

つきましては、下記事項の質問にお答え頂きたいようお願い致します。

尚、受付窓口でのお電話での入院患者に関する照会は緊急の場合を除いて致しかねますのであらかじめご了承下さい。

患者様のお名前

\_\_\_\_\_

- ① 面会に来られた方への病院側の対応（入院している事実等の第三者への回答）は、してもよろしいでしょうか？

注：尚、受付窓口では複数の方が来院される為、原則的に「教えたくない」と答えられた患者様の情報に関しては、どの方に対してもお答え致しかねます。（緊急の場合を除く）

【 回答して(教えて)もよい ・ 回答して(教えて)ほしくない 】

※ 「回答して(教えて)ほしくない」と答えた方は、どなたに教えたくないですか、具体的にお答え下さい。 例：子供以外の家族・知人・友人等

{ \_\_\_\_\_ }

- ② 入院時、病院側から病状と治療の方針についてご説明致します。その他に医療上必要性のある時、患者様とご家族等にご説明し、ご同意頂きます。ご説明とご同意はどなたに頂きますか？

◎お名前

続柄

◎お名前

続柄

◎お名前

続柄

- ③ その他ご要望等ございましたら下記欄にご記入下さい。