

※ ご注意ください ※

注① 【他の医療機関を受診する際】

入院中の患者様が他医療機関を受診する際には、現在当院にて入院中である事を知らせる必要があります。(家族の方が、薬を取りに行く場合も退院日に受診する場合も同じ扱いです) それは、他医療機関の診療費において、患者様に算定できない項目がある為です。

他の医療機関を受診の際には、

事前に病棟看護師まで**毎回必ず**お申し出下さい。

他医療機関に提示する専用の用紙をお渡し致します。

入院中である事を知らせずに他医療機関を受診した場合、他医療機関で保険者に請求できなかった診療費は、当院を通して患者様に **10割**で請求させて頂く事になりますので、防止の為にも必ずお知らせ下さい。

注② 【入院当日の提出物について】

下記のことを1階受付に**必ずご提出・ご呈示**願います。

- ・ 入院申込書、入院履歴申告書… **3ページ・5ページ**
- ・ 保険証 (使用される方)
- ・ 受給者証 (お持ちの方)
- ・ 減額認定証 (手続きをされた方) … **7ページ参照**
- ・ 高額療養費限度額適用認定証 (手続きをされた方) … **8ページ参照**

入院費は高額になります。患者様の請求額に係わってきますので、上記 提出物をご入院の際、**改めてご提出・ご呈示**をお願いします。ご提出・ご呈示がない場合、確認の取れない場合は請求額に反映されませんので、予めご了承願います。

入院される方へ

目次

封筒の中には、下記の書類が入っています。ご確認ください。

○ご注意ください【必読願います】	P1
○目次	P2
○入院申込書（記入、押印のうえ受付にご提出願います）	P3
○記入方法（入院申込書の記入例です。参考にしてください。）	P4
○入院履歴申告書（入院歴の有無にかかわらず 『必ず』ご記入のうえ、受付にご提出願います）	P5
○選定療養費制度について	P6
○入院時食事療養に係わる標準負担限度額減額認定証の手続きについて…	P7
○高額療養費現物給付制度のご案内【70才未満の方はお読み下さい】…	P8
○入院される方へ	P10～11
○入院案内（ <u>入院費用のお支払い等</u> ）	P12～13
○入院確認・電話取次に関する申込書	P14

入院申込書



院長 伊藤 宇一 様

私は、医療法人社団 いとう整形外科病院に入院を申し込みます。
尚、入院の際、下記の誓約事項を遵守することに同意し、万一違反した場合は病院の指示に従うことを確約します。

申込日（入院日）：平成 年 月 日

患者氏名		印	性別：男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	年齢 歳
現住所			電話：
勤務先			電話：
保護者	氏名	印	続柄：
	住所		電話：

※ 保護者欄は入院される方が未成年者の場合のみ記入下さい。

【 誓約事項 】

1. 治療に関する医師及び看護師の指示に従います。
2. 許可を得てから外出、外泊します。
3. 入院療養費は、指定期日までに支払います。
4. 保険証や入院費の支払方法等に変更が生じた場合、速やかに連絡します。
5. 虚偽、飲酒、暴言、賭事、窃盗等、風紀や秩序を乱す行為はしません。
6. おむつ等の保険適用外材料費が発生した場合は、指定期日までに支払います。

身元保証書

上記の者、貴院に入院することになりましたが、身元に関する一切と入院に関わる診療費並びに入院料の支払いについて連帯保証をします。

連帯保証人

氏名		印	続柄：
住所			電話：
勤務先			電話：

緊急連絡先

氏名	電話番号	続柄
1：		
2：		

記入例

○ 入院申込書

入院する方の氏名、生年月日、住所、勤務先、電話番号を例にならって記入して下さい。保護者欄は入院する方が未成年者場合と学生の場合のみ記入して下さい。

申込日：平成20年8月1日（←入院日を記入して下さい。）

患者氏名	伊藤花子	性別：男・女
生年月日	明・大・昭・平 50年1月23日	年齢 26歳
現住所	札幌市中央区南1条西10丁目5-603	電話：011-241-5461
勤務先	(株)伊藤商事	電話：011-241-5463
保護者	氏名	伊藤太郎 続柄：父
	住所	札幌市中央区南1条西10丁目5-603 電話：011-241-5461

○ 連帯保証人

ご両親、ご兄弟、ご親戚など身内の方でお願いします。

連帯保証人

氏名	伊藤太郎	続柄：父
住所	札幌市中央区南1条西10丁目5-603	電話：011-241-5461
勤務先	(株)いとう商事	電話：011-241-5463

○ 緊急連絡先

緊急時すぐに連絡の取れる方を記入して下さい。

連帯保証人と同じ方でもかまいません。

緊急連絡先

氏名	電話番号	続柄
1： 伊藤華子	011-241-5461	母
2：		

入院履歴申告書

=入院歴の有無にかかわらず『必ず』ご記入のうえ、受付にご提出願います=

入院期間が180日を越える選定療養（患者様の自由な選択で180日以上入院療養を継続する場合は、保険診療費以外に特定療養費が必要になります。）に係る入院履歴を申告する事が義務付けされております。間違った申告で発生する損失は後日費用徴収されますので、ご協力をお願いいたします。

入院予定日： 平成 年 月 日

氏名： _____ 様

* 過去3ヶ月以内に他の病院に入院の経験はありますか？

はい いいえ

『 いいえ 』とお答えの方は、以下の記入は必要ありません。

『 はい 』とお答えした方だけにおたずねいたします。

* 退院証明書はお持ちですか？

はい いいえ

『 はい 』とお答えの方は退院証明書を1階受付にお出し下さい。

『 いいえ 』とお答えした方だけにおたずねいたします。

* どちらの病院に入院していましたか？

病院名： _____

* 今回と同じ病気ですか？ はい いいえ

病名： _____

『 はい 』とお答えの方におたずねいたします。

* 入院期間は平成 年 月 日 ～ 月 日

* 病院名と入院期間が不明の場合は、入院先の医療機関から退院証明書をお取り寄せの上、1階受付にご提出して頂きますようお願いいたします。（料金はかかりません。）

以上、ありがとうございました。

選定療養費制度について

選定療養費制度とは、同じ病気で病院(診療所)に通算 180 日を超えて入院した場合、入院費の一部（当院では一般病棟 1 日 2,060 円、回復期リハビリ病棟 900 円）を自費で負担していただくことが国の法律で定められています。これが選定療養費制度です。

・ 180 日の入院期間の計算方法と対象外になる場合について

180 日の入院期間とは、当病院における入院期間だけでなく、他の病院(診療所)に入院されていた期間も含まれます。但し、病院（診療所）を退院した後、別の病気で入院したり、続けて 3 ヶ月以上入院しなかった場合は 180 日には通算されず、次の入院の時から新たに入院期間を計算する事になります。

・ 正確な入院履歴の自己申告と損失費用の請求について

この制度では、患者様は入院時にご自分の入院履歴を正確に病院に申告することが義務づけられており、入院履歴等について虚偽の申告を行った場合には、それにより発生する損失（選定療養費）について、後日、費用の徴収が行われることとなりますので十分注意してください。

⇒ 5 ページの入院履歴申告書を記入し、受付に出してください。

高齢受給者証・後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方の
限度額適用・標準負担額減額認定証の手続きについて

【市民税が非課税世帯の方が対象になります】

減額認定証を医療機関に提出すると入院時の負担額が次のようになります。

A. 市民税が非課税の世帯の方

○医療費の限度額

通常1ヶ月 44,400円→1ヶ月 24,600円又は15,000円(申請月の初日から)

○食事代

通常1食 260円→1食 210円又は100円(申請月の初日から)

B. 市民税が非課税世帯の方で、過去1年間に入院日数が90日を越えている方

○医療費はAと同じです

○食事代

通常1食 260円→1食 160円(申請月の翌月の初日から)

減額認定証は、お住まいの区役所の給付係で発行しています。

減額認定証の交付手続きの為の提出書類

(2) Aに該当する方

- ① 国民健康保険被保険者証・高齢受給者証 又は 後期高齢者医療被保険者証
- ② 世帯主の印鑑

(3) Bに該当する方

- ① 国民健康保険被保険者証・高齢受給者証 又は 後期高齢者医療被保険者証
- ② 世帯主の印鑑
- ③ 減額認定証(既に減額認定証をお持ちの方のみ)
- ④ 申請月以前過去12ヶ月に90日を越えて入院していることがわかる書類
(病院の領収書等)

※ 札幌市以外の方はお住まいの役所にお問い合わせ下さい。

→ 発行された減額認定証を至急1階受付へ**提示**して下さい。

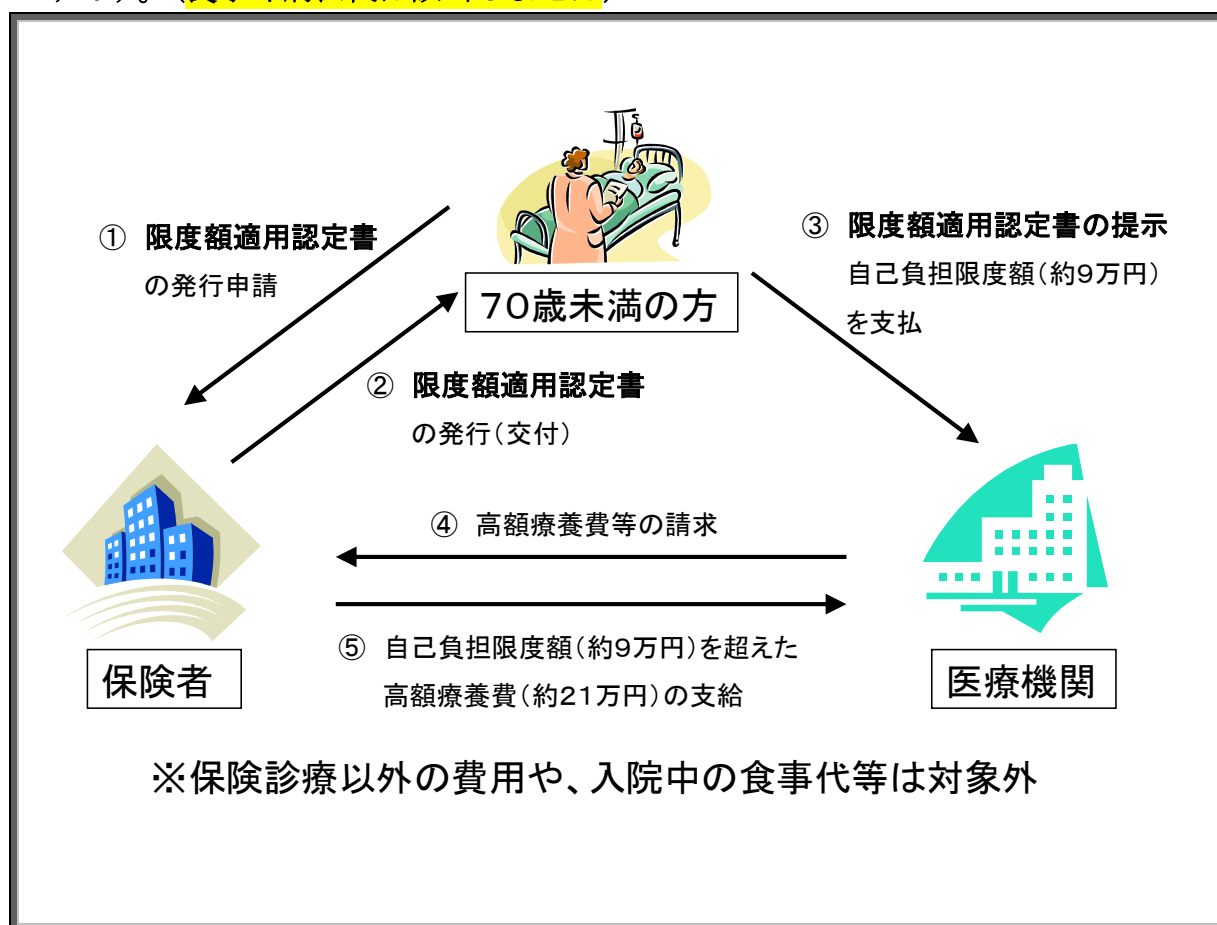
ご提示がない場合は適応となりませんのでご注意願います。

70歳未満の方はお読みください

高額療養費現物給付制度

制度の概要

高額療養費現物給付制度とは、被保険者（患者様）が病院に支払う医療費（通常3割）を高額療養費の自己負担限度額のみとし、残額（高額療養費に該当する額）を病院が市町村に直接請求する制度です。この制度をご利用すると、自己負担限度額以上の支払いをしなくて済みます。但し、この制度が適用されるのは入院等に係る医療費のみです。（食事や病衣代は該当しません）



対象は後期高齢者医療被保険者証、高齢受給者証をお持ちの方以外で

健康保険限度額適用認定証を病院に提示された方です。

- 提示がない場合は、高額療養費現物給付制度は利用出来ません。
- 提示した月より利用できます。
- この制度を利用する場合は、事前に申請を行う必要があります。

★保険者は月をさかのぼっての発行はしてくれませんので、入院日当月中（入院した月）でのお手続きをお願いします★

1. 申請方法

国民健康保険に加入の方はお住まいの区役所（給付係）

政府管掌保険に加入の方は、全国健康保険協会（札幌市北区北7条西4-3-1 新北海道ビル4階 Ⅱ011-726-0352）に行き、限度額適用認定証を申請し発行してもらいます。

必要な書類は ①保険証
②印鑑 です。

政府管掌保険の方は申請してから1週間～10日間後に限度額適用認定証が自宅に郵送されます。

○共済組合、健康保険組合、その他の保険に加入している方は各保険者にお問い合わせください。

2. 自己負担限度額は診療費（食事代や病衣などを除く）の1ヶ月間の合計額を下記の計算方法により求めます。

課税世帯

1～3回目まで

一般 80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%

上位所得者 150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%

4回目から

一般 44,400円

上位所得者 83,400円

(上位所得者とは療養月の標準報酬月額が53万円以上の方)

非課税世帯

1～3回目まで 35,400円

4回目から 24,600円

平成27年1月より自己負担限度額が変わりますので、手続きの際はご注意ください。

平成26年12月診療分までの自己負担限度額

所得区分	適用区分	自己負担限度額
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上)	A	150,000円+ (医療費-500,000円)×1% ※多数該当：83,400円
一般 (上位所得者・低所得者以外)	B	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% ※多数該当：44,400円
低所得者 (住民税非課税)	C	35,400円 ※多数該当：24,600円

※多数該当
高額療養費に該当した月数が診療月以前12ヵ月間で3月(3回)以上あったとき、4回目(4回目)から自己負担限度額が引き下げられます。

平成27年1月診療分からの自己負担限度額

所得区分	適用区分	自己負担限度額
標準報酬月額83万円以上	ア	252,600円+(医療費-842,000円)×1% ※多数回該当：140,100円
標準報酬月額53万～79万円	イ	167,400円+(医療費-558,000円)×1% ※多数回該当：93,000円
標準報酬月額28万～50万円	ウ	80,100円+(医療費-267,000円)×1% ※多数回該当：44,400円
標準報酬月額26万円以下	エ	57,600円 ※多数回該当：44,400円
低所得者 (住民税非課税)	オ	35,400円 ※多数回該当：24,600円

入院される方へ

【1日のながれ】

6:00	起床、検査（採血、検尿）
8:00	朝食
10:00	回診、傷のガーゼ交換
12:00	昼食
14:00	検温
18:00	夕食
21:00	消灯

【面会時間と売店の営業時間】

※ 面会時間	平日 10:00～20:00
	休日 10:00～20:00
※ 売店（2階）営業時間	平日 9:00～17:00
	土曜 9:00～12:00
	日曜・祝日はお休みです。

- ・回診の時間は手術等によって変更になる場合があります。
- ・回診の放送がありましたら、できれば入浴やリハビリには行かず、お部屋でお待ち下さい。
- ・検温時に、前日の便と尿の回数をお聞きします。

【洗濯・洗面について】

- ・起床前、消灯後の洗濯・洗面は、他の患者様に迷惑が掛かりますのでご遠慮下さい。
- ・洗濯乾燥機のご使用は、8:00～21:00 までとさせていただきます。
- ・車いす用のトイレ以外は、トイレ内に手洗い設備が無いため洗面所をご利用下さい。夜間帯の手洗いにつきましては、音が響きますのでお静かにご使用いただきますようお願い致します。

【寝衣・寝具の交換について】

寝具 / 病棟		3階病棟	4階病棟
病衣配布		日曜日に2枚	土曜日に2枚
シーツ交換	水曜日	301～307号室	410～417号室
	木曜日	311～315号室	401～408号室

【入浴について】

時間 / 曜日	月	火	水	木	金	土
8:30～13:00	介助	女性	男性	女性	介助	男性
13:30～18:00		男性	女性	男性		女性

浴室は、2階のリハビリ室の隣、東側エレベータの横にあります。

- ※ 浴室ドアの施錠はオートロック式です。ナースステーションでカード型の鍵を受け取ってからお入りください。尚、カードは入浴後ご返却下さい。

【テレビ・電話・冷蔵庫について】

- ・備え付けのテレビ・電話・冷蔵庫を利用する場合は、専用のカードが必要です。カードは3・4階エレベータ前の自動販売機でお買い求め下さい。（1枚1,000円）
- ・退院時カードに15分以上の残数がありましたら、2階の売店横に精算機がありますのでご精算下さい。
- ・テレビの視聴時間は原則的に21時迄ですが、同室者の方に迷惑がかからないように視聴していただける場合に限り、23時迄としています。それ以降の視聴はご遠慮下さい。
- ・テレビにはイヤホンが必要です。ご自宅にあるものも使用可能なものがあります。また、2階売店横の自動販売機にて200円で販売しています。
- ・備え付けの電話の利用時間は、7時～21時です。時間外の電話は公衆電話をご利用下さい。
- ※ テレビ・電話・冷蔵庫についての詳しい利用方法は備え付けの用紙を御覧下さい。

【お薬について】

- ・薬はご自分の判断で中止したり、量を増やしたりせず、指示通り飲んで下さい。
- ・当院の定期処方日は木曜日となっています。ご不明な点は看護師、薬剤師にご相談下さい。
- ・他の病院からもらっている薬がありましたら看護師にお申し出下さい。

【外出外泊について】

- ・主治医の許可が必要になります。希望される方は2～3日前にお申し出下さい。
- ・外出泊届けを書いていただきます。出かける時、戻られた時には看護室にお寄り下さい。帰院時間は 20時 までをお願いします。
- ・当日に外出泊の申し出があっても主治医の許可が取れないことがあります。

【貴重品の保管について】

- ・床頭台引き出しに貴重品ボックスを備えてあります。(カードキーがついています)
- ・退院時はカードキーがついた状態で返却をお願いします。
- ・貴重品はその中に保管して下さい。盗難防止のため、出来る限り貴重品は持参しないで下さい。万一、紛失されても病院は責任を負いません。

【診断書等の文書について】

- ・診断書等の文書を希望される場合は、看護師にお申し出下さい。
- ・保険会社の診断書は所定の用紙がある場合があります。保険会社から用紙をお取り寄せになり、退院が決まりましたら看護師へお渡し下さい。(退院後の文書の受付は1階の受付で取り扱います。)

【退院時の会計について】

- ・退院日が決まりましたら退院当日、入院費をお部屋にご連絡致します。
- ・1階受付・会計でご精算をお願い致します。

【その他注意事項】

- ・当院は館内全面禁煙となっております。
- ・テレビゲーム、オーディオ機器等の電気製品の持ち込みは禁止しています。
- ・パソコンは仕事等、やむを得ない場合に限り、許可していますのでお申し出下さい。
(ただし、回線の設備はありませんので、Wi-Fi等各自ご用意下さい)
- ・手術や患者様の重症度により、病室やベッドを移動していただく場合があります。ご協力をお願いします。
- ・院内での飲酒は厳禁です。規律を乱すようなことがあった場合は強制退院となります。
- ・体温計、テレビのリモコン、説明書きは退院時に返却していただきます。破損・紛失された場合は費用をご負担いただきます。(体温計 2,200円 リモコン2,100円)
- ・車椅子、歩行器は、台数に制限がございます。他の患者様と共用していただく場合がありますのでご了承下さい。
- ・携帯電話のご使用については院内に提示しておりますのでマナーを守ってご使用下さい。

【個人情報について】

- ・院内に掲示しております。ご不明な点がございましたら1階受付、看護師長までご確認下さい。

入院案内

【入院手続き】

- ① 入院時には、「各種保険証」「診察カード」及び「入院申込書」「入院履歴申告書」「入院時基礎データ」に必要事項を記入し、提出して下さい。
- ② 入院手続きに印鑑が必要になりますので、必ず持参して下さい。
- ③ 労災保険や自賠責保険扱いの方で私病（風邪、水虫など）は、健康保険証の取り扱いとなりますのでご注意ください。
- ④ 労災保険を適用される方は、受付窓口に必要な書類の提出をお願い致します。
※上記の③及び④については、保険証又は労災や自賠責等の保険扱いの必要書類の提示が無い場合は、入院費用の全額が患者様の自己負担となります。
- ⑤ 非課税世帯の方で「入院時一時負担金限度額適用」及び「入院時食事標準負担額減額認定」を希望される方は、受付窓口にご相談下さい。
- ⑥ 交通事故や労災保険などの「取り扱い」や「治療費」等について、ご不明な点は受付窓口へご相談下さい。

【持ち物】

- ① 寝具及び病衣は、感染防止・衛生管理上の点から病院が貸与するものを使用して下さい。
- ② 入院生活に必要な次の用具等をご用意下さい。
洗面用具・バスタオル・下着・運動靴・ティッシュ・湯飲茶碗・イヤホン
- ③ テレビ・冷蔵庫・電話を使用する際は、ナースセンターのカウンター前に設置する「カード自販機」でカードを購入してご利用下さい。
※カードの残額精算は、2階売店横に設置してあります「カード精算機」で行って下さい。
- ④ 病院内で携帯電話を使用する際は、院内の掲示に従ってご利用下さい。
- ⑤ 盗難防止のため、院内に貴重品や必要以外の金品を持ち込むことは、ご遠慮下さい。

【金銭・貴重品の保管について】

- ① 病院は金銭・貴重品類の預かりは致しませんので、盗難には充分ご注意ください。
- ② 金銭・貴重品の保管は、床頭台に備え付けの金庫に保管し、必ず施錠して下さい。
- ③ 鍵（カード）は床頭台につけっぱなしにせず、各自で責任を持って保管して下さい。
- ④ 床頭台内に保管できない様な物品・金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。
万一、盗難・紛失・毀損された場合の損害については、当病院として一切の責任を負いかねますのでご了承下さい。

【駐車場】

- ① 駐車場のご利用は外来又はお見舞いの方専用ですので、入院患者様の駐車は固くお断り致します。
また、入院当日は自転車での来院を固くお断り致します。
（長期間放置されている自転車は、当院において処分させていただきます）

【食 事】

- ① 朝食は8時、昼食は12時、夕食は18時です。
尚、歩行可能な方で食堂にて食事を希望される場合は、ご用意致します。

【入院費用の取り扱い】

- ① 入院費の請求（定期請求）は、1日から31日締めめの請求書を翌月10日に配布致します。
尚、請求書の配布日が土曜日、日曜日、祝祭日の場合は、翌平日にお届け致します。
- ② 入院費のお支払は、請求書の配布日から10日以内にお願ひ致します。
- ③ 退院会計は、当日の朝10時位迄にお知らせ致しますので、支払を済ませてからご退院下さい。
- ④ 退院時には、前回請求日から退院日迄の入院費をご精算頂きます。
- ⑤ 土曜日のご退院の場合は、午前中のうちにお支払いを済ませて下さい。日曜日、祝祭日のご退院の場合は、前日のお支払いとなります。（前日が土曜日の場合は、午前中にお願ひします）
- ⑥ 入院費のお支払は「銀行振込」、「デビットカード」や「クレジットカード」をご利用頂けます。
※お支払い回数は**1回のみ**とさせて頂いております。
- ⑦ 入院中に診断書などの証明書等が必要な方は、入院されているナースステーションにお申し込み下さい。
- ⑧ お支払いは1階受付窓口にてお願ひ致します。

【保険外負担金】

- ① 衛生管理の一環として、原則 当院で用意した病衣を着用して頂きます。それら貸与品の洗濯代として、1日50円をご負担頂きます。

【面会時間】

- ① 10時から20時迄です。

【入院規律】

- ① 敷地内は**全面禁煙**となっております。
- ② 入院中に病院内で飲酒した場合は、**強制退院**とします。
- ③ 医師及び看護師の指示に従わない場合や、争いごと、虚偽、暴言、賭けごと等、病院内での規律を乱すような場合は、**即時強制退院**となります。

【付き添い】

- ① 当病院は厚生労働省で定める新看護基準の届出病院により、健康保険上、付き添い介護人の証明書等の発行は致しておりません。
- ② 付添いを要する場合などで「付き添い食」・「寝具の貸出し」を希望される場合は、別紙申込書でお申し込み下さい。

【病室内電話の利用】

- ① 病室の電話機から院外へ電話をされる場合は、始めに「0」のボタンを押し、「ツ-」という音が聞こえてから、相手先の電話番号をダイヤルして下さい。
- ② 院外から病室の電話機へ電話する場合は、「**241-6633**」をダイヤルし、「**いとう整形外科病院**」の案内メッセージが聞こえてから、「**4 桁の病室ベッド番号**」をダイヤルして下さい。
使用時間帯は、7時から21時迄です。
尚、時間帯によっては、つながりづらいことがありますのでご了承下さい。

- 個人情報保護との関係で外部からの入院確認や電話等の取次ぎに支障のある方は、お申し出下さい。
⇒次項に申込書をご用意しておりますので、ご利用下さい。

記入後、病棟看護師にお渡し下さい。

入院確認・電話取次に関する申込書

入院中の、外部からの入院確認や電話等の取次について「拒否」を希望される方は、申込書を作成の上、入院当日中に病棟看護師にお渡し下さい。

※申し込まれた場合は、どなたからの取り次ぎも致しません(ご家族でも)※

●私は、入院中の、外部からの入院確認や電話等の取次の拒否を申し込みます。

申込日（入院日）：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____ ⑩

患者様が未成年の場合は、下記 保護者欄を合わせてご記入願います。

保護者： _____ ⑩

= 病棟記入欄 =

_____ 号室 _____ ベッド

事務・3F病棟に FAX 後、入院カルテへ。

看護師 サイン	事務・3F病棟 に FAX