入院のしおり

医療法人社団　仁和会
神野病院
Jinno hospital

兵庫県姫路市飾磨区下野田２丁目 533 番地３

TEL（０７９）２３５－５５０１（代）

基 本 理 念

当院は、『誠実で心の通う医療と看護』を行い

皆様のお役にたつことを念じている保健医療機関です。

患者さんの権利を尊重します。

当院では、病気を治すことだけでなく、一人ひとりの患者さんと心を通わせ、患者さんの背景や環境に配慮しながら、患者さんの立場に立った医療を実践し、患者さんに納得していただける診療に努めます。

患者さんの個人情報保護について

当院では患者さんの個人情報取り扱いについては、以下の方針で取り組んでいます。

●個人情報の利用目的について

患者さんの個人情報を、〇医療提供　〇診療費請求事務　〇当院の管理運営業務〇医師賠償責任保険などにかかる届出　〇保健・医療・介護・保健サービスの維持・改善　〇医療実習への協力　〇症例研究　〇外部監査機関への情報提供　〇法令などの定めがある場合　〇公衆衛生の向上または児童の健全育成　〇個人の生命、身体または財産の安全を守る　などの目的で利用させていただきます。
また、個人を識別あるいは特定できない状態に加工して使用する場合があります、上記以外の目的で利用する場合は、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。

なお、利用目的に対して同意できない場合は、その旨をお申し出ください。
（同意されない場合は、診療に制限が生じる場合ございますが、ご了承ください。）

当院では事故防止のため、病棟入り口に患者さんのお名前を表示しておりますが、患者さんやご家族のご意向によっては名札を外しますので、病棟看護師長に申し出てください。

病 院 長

入院申込書ならびに連帯保証書

神野病院院長殿

ふりがな			入院年月日	年　月　日
患者氏名		印	生年月日 T・S・H・R	年　月　日
住所		〒	自宅電話	
			携帯電話	
職業	名称		電話番号	
勤務先	住所	〒		
特別療養環境室（個室）		・希望します　　・希望しません（どちらかを〇で囲んでください）		

1．私は、連帯保証人連署のうえ、入院治療を希望します。入院治療に際しては指示に従い規則を遵守し、病院および他の患者に迷惑をかけないことを約束します。

2.私は、連帯保証人がいない場合は、保証金として**入院後3日以内に3万円**を支払います

3.私または連帯保証人が**院内で身体的暴力・暴言・規則違反・セクシャルハラスメント・故意による器物破損など、医療契約の基本である相互の信頼関係を損なう行為を行った場合**は、即刻退院します。

4.本書の記載事項に変更が生じた場合は、変更内容をすみやかに届け出るとともに書面の修正をおこないます。

（注）連帯保証人は原則として、独立した生計を営み、入院料その他の支払能力のある成年者で兵庫県内に居住している人を優先して記入してください

連帯保証人（同居者、なければ同居者以外）　　**※必ず自署・捺印してください**

ふりがな			患者との続柄	
氏名		印		
住所		〒	自宅電話	
			携帯電話	
職業	名称		電話番号	
勤務先	住所	〒		

連帯保証人（同居者以外）　　**※必ず自署・捺印してください**

ふりがな			患者との続柄	
氏名		印		
住所		〒	自宅電話	
			携帯電話	
職業	名称		電話番号	
勤務先	住所	〒		

1.連帯保証人は、上記患者の入院治療に同意し、本人と身元に関する一切の事項を保証します。
また入院費の支払いその他につきましても上記患者と連帯し、一切の責任を引き受けることを約束します。
※尚、連帯保証人の極度額は30万円とします。

2.連帯保証人は、退院の指示があった場合には、責任を持って患者の退院を引き受けます。

空白

病院長	所属長

特別療養環境室（個室）入室同意書

私は特別療養環境室（以下に示す）への入室を希望し、室料差額を負担します。

以下にチェック☑をお願いいたします。

□交通事故、仕事中の事故など労災の有無に関わらず、室料差額は私が負担します。

室料差額　※１泊２日入院の場合、2 日分の個室料を頂きます。

	個室の種類	金額（税込）
3 階病棟	個室（トイレ付）	￥13，200
	個室	￥11，000
4 階病棟	個室	￥11，000
	2 人部屋	￥6，600

入室期間

20　　年　　月　　日　～　20　　年　　月　　日

神野病院長　殿

患者氏名：

〔代筆者氏名：　　印　〕

空白

―差額ベッド料金（税込）―

	個室の種類	金額（税込）
3 階病棟	個室（トイレ付）	￥13，200
	個室	￥11，000
4 階病棟	個室	￥11，000
	2 人部屋	￥6，600

―保険適応に該当しない物（自己負担）について―

ねまき（M・L）	1 枚	2.200 円
ねまき（LL）	1 枚	3.630 円
フドーねまき（2 型）	1 枚	13.530 円
フドーねまき（5 型）	1 枚	11.300 円
三角巾	1 枚	330 円
T字帯	1 枚	220 円
紙パンツ	1 枚	250 円
サルバ吸水シート	1 枚	40 円
電子体温計（破損時）	1 個	3.140 円
各種診断書	1 枚	2.200 円～11.000 円

※その他の自己負担はスタッフにおたずね下さい

―入院中の駐車場のご利用についてー

＊入院患者さんは、駐車場の利用は控えて頂いております。やむを得ない事情により利用される場合は、料金を徴収させて頂きますのであらかじめご了承下さい。

＊ご家族の方は、入院日、手術説明日、手術当日、退院日は、当日 1 回限り 1 台無料となります。

＊スタッフステーションにて下記の『証明書』をお渡ししますので、１階受付に用紙をお渡し下さい。

手続きさせて頂きます

＊駐車場での事故、盗難などについては、当院は責任を負いかねますのでご了承下さい。

証明書

手術日説明日

手術当日

入院日

退院日

カンファレンス

のため料金は無料です

看護師サイン（　　）

保険外負担金同意書

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、その使用量、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。

なお、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した（サービス）や（物）についての費用の徴収や「施設管理費」等のあいまいな名目での徴収は一切しておりません。

（税込み）

□ **T字帯**	1枚	220円
□ **電子体温計（破損時）**	1個	3.140円
□		円
□		円
□		円
□		円
各種ワクチン（1500円～15000円）		
□	1回	円
各種診断書（550円～11000円）		
□ 院内診断書	1通	3.300円
□		

※上記以外の保険外負担についてはスタッフにお尋ねください

上記内容並びに負担について同意いたします。

年　　月　　日

患者氏名：

代筆者氏名：

（続柄：　　）

神野病院

空白

【入　院　の　規　則】

1．入院当日必要なものについて

●書類

◇「入院申込書」ならびに「連帯保証人」　◇「入院のご案内」パンフレット
◇「退院証明書について」（他病院へ過去３ヶ月以内に入院されたことがある方）
◇「患者さん・ご家族のかたへ」の用紙
◇「特別療養環境室（個室）入室同意書」（必要時）
◇手術・検査に関する書類（説明書・承諾書）
◇診察券 ◇健康保険証 ◇「各種医療受給者証」（お持ちの方）
◇介護保険証（介護認定を受けられている方）
　　→入院当日 各病棟にご呈示ください。

●ご持参いただくもの

日用品
◇お箸、スプーン、フォーク等
◇ストロー
◇コップ（壊れにくいもの）
◇洗面用具
（歯磨きセット、洗面器、義歯及び保管ケース・洗浄剤、電気かみそり等）
◇入浴用品（石鹸、シャンプーなど）
◇タオル、バスタオル（各３～５枚程度）
◇ティッシュペーパー
※寝具は当院でご用意します。

衣 類
◇肌着
◇パジャマ、寝間着

※持ち物には、お名前の記入をお願いします。

入院に必要な寝間着類・タオル類・日用品のレンタルサービスを行っています。

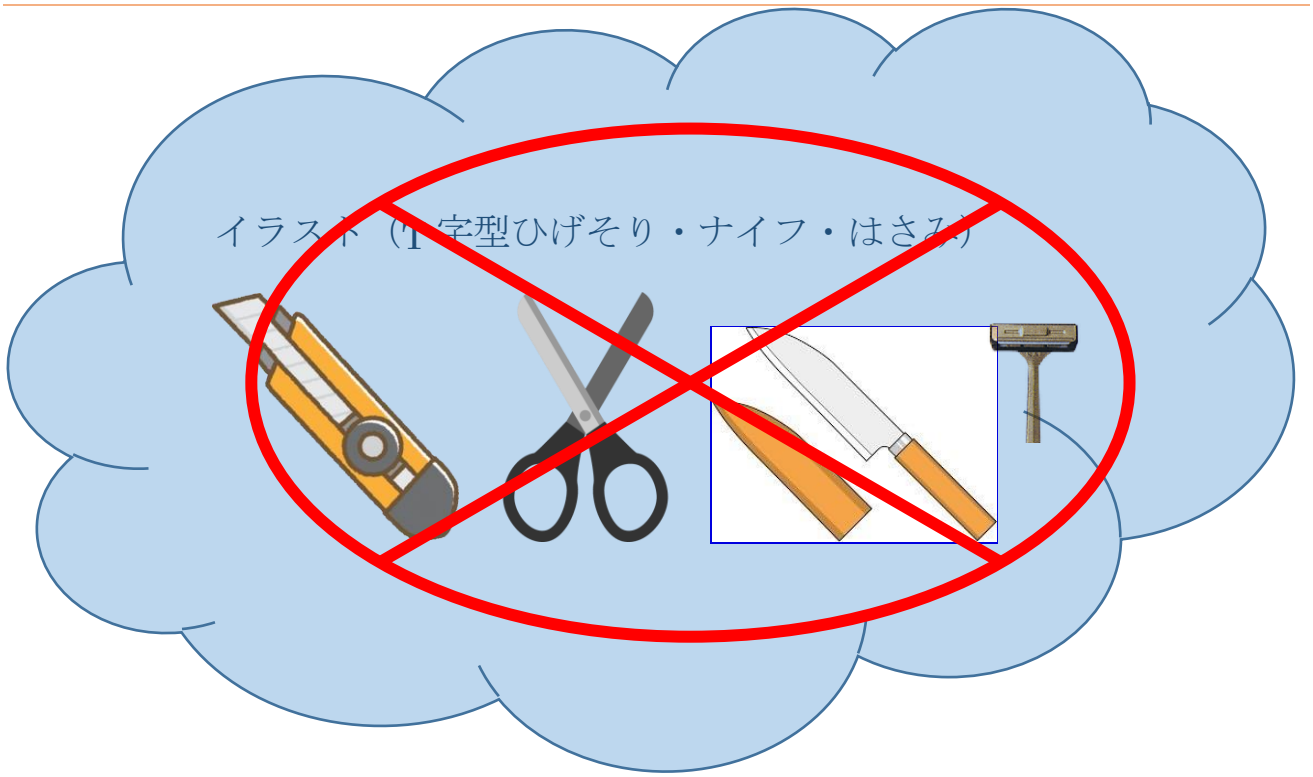
薬
◇現在内服中の薬（他院、当院）
◇お薬手帳もしくはお薬の説明書

その他 ◇筆記用具 ◇イヤホン（大部屋の方）
◇靴（室内履きのスリッパ及びクロックス禁止）

ご注意

危険物の持ち込みはできません

「T 字型ひげそり」や「ナイフ・はさみ」などの刃物類の持ち込みはできません



2. 入院中の生活について

〇ナースコールについて

ご用の際は、枕元のナースコールを押して、用件をゆっくりお話ください。
なお、消灯以降は、直接看護師がお部屋まで伺い、用件をお聞きします。

●食事について

・食事は病状に応じて用意しています。
・食中毒の予防のため、配膳後は 1 時間以内にお召し上がりください。
（取り置きはお止めください。）
・同室者間での飲食物のやりとりはご遠慮ください。

●入浴について

医師の許可が必要な場合がありますので、看護師にご相談ください。

●付き添いについて

当院では、患者さんに必要な看護は病院側で致します。
家族の付き添いを希望される場合はご相談ください。

●個室の希望および病棟・病室の変更について

個室を希望されている方は前もってお申し出ください。ただし、部屋数に限りがあり、ご希望にそえない場合もあります。また病状の変化などで病室・病棟の変更をさせていただくことがありますので、ご了承ください。

●面会について

病状によりこの限りではありませんが、必ず病棟看護師に相談してください。
・発熱、せき、鼻水、下痢、嘔吐などの症状がある方の面会はご遠慮ください。
・酒気帯びの方の面会もご遠慮ください。

面 会 時 間	13 時～19 時

・面会時間を厳守してください。（ご家族も同様です。）
・面会には病棟デイルームをご利用ください。
・多人数や小さいお子様連れの面会はご遠慮ください。
・病状や治療上の都合により、面会をお断りする場合があります。

●外出・外泊について

医師に相談の上、外出・外泊届を提出してください。また、外出時、帰院時は必ず看護師に声をかけてください。無断での外出・外泊は厳禁とします。

なお、外泊は原則１泊 ２日となります。

●非常時の案内について※入院時に非常口を確認しておきましょう。

火災・地震が発生したら

・非常ベルが鳴りますので、タオルを準備して病室で待機してください。

・病院職員の指示に従って、落ち着いて行動してください 。

・エレベーターは絶対に使用しないでください。

●駐車場について

入院患者さんの車は駐車できません。やむを得ない事情に限り、以下料金にて駐車可能になります。また、面会の方（ご家族を含む）の駐車料金も同様といたします。

区分	料金	手続き方法
30 分以内	無料	無し
60 分毎	200 円	
24 時間最大繰り返し適応	800 円	

３．入院される患者さんへのお願い

〇入院予約の変更や取り消しを希望される場合は、お早めに病院にご連絡ください

〇入院中の他院への診察や薬の受けとりは原則できません。

必要な場合は必ず看護師にご相談ください 。

〇敷地内・病院周辺はすべて禁煙です。（電子タバコ、加熱式タバコを含みます。）

〇アルコール飲料、ノンアルコール飲料の持ち込みもご遠慮ください。

●盗難事故防止について（弁償の件）

貴重品の持ち込みは最小限にし、床頭台のセーフティーボックスに鍵をかけて保管してください。当院では盗難・紛失の責任は負いません 。

※病室のロッカーの鍵、セーフティーボックスの鍵を紛失された場合は 1000 円（税込）を徴収します。

●カメラ設置について

当院では、防犯・事故防止のため、廊下・デイルーム・一部病棟にカメラを設置しております。

●ネームバンドについて

患者さんの間違いを防止するためにネームバンドを手首に装着して頂きますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

●テレビ・ラジオ・冷蔵庫・コインランドリーなどについて

・大部屋の方は、テレビやラジオを利用される時は必ずイヤホンをご利用ください
・大部屋の方は、テレビを観る場合や冷蔵庫の利用にはテレビ用カードが必要です
（個室料をいただいている方は不要です。）

テレビ用カード自動販売機は 1.000 円札のみ対応しています。

・コインランドリーの利用にはテレビ用カードが必要です。
コインランドリーは 5 階に設置してあります。

●電化製品について

・テレビはデイルームに備えています。6 時～21 時 にまでご覧になれます。
・パソコン、タブレット等をご利用になる場合は、病棟師長にご相談ください。
・ラジオ、ラジカセ、CD ラジカセを消灯後に使用される方は、他の患者さんの入眠の妨げになりますので、イヤホンで聴いてください。
・ドライヤーは、病棟で準備してあるものをご使用ください。
・その他設備以外の電気製品の使用をご希望の際は、病棟師長にご相談ください。
・電気毛布およびこたつは、使用禁止とします。

●貴重品について

病院は、人の出入りが多い所です。貴重品や多額の現金は持参されないようお願いします。　**（印鑑、通帳、保険手帳、免許証、年金手帳、障害手帳、貴金属、証明書）**などは、お預かりすることができませんのでご家族でお預かりください。
紛失、盗難などについての責任は一切負いかねますのでご理解とご協力をお願い致します。

●消灯時間について

病室の消灯時間は、22 時となっています。他の患者さんの迷惑にならないようご協力をお願いします。

●その他

マニキュア・ペディキュア・ネイルアート・付け爪（ネールチップ）は治療や検査に支障となりますので必ず除去して来てください。

●書類について　入院証明書の発行については、退院時に病棟詰所で申し出てください。　その他の書類についても病棟でご相談ください。

4. 支払いについて

入院費は、毎月 1 回の支払い（退院の際は退院時）となります。

10 日前後に診療費請求書（概算書）をお届けします。

清算は、1 階会計にて 10 時～17 時までに行ってください。（日・祭日・木曜日除く）現金以外でのお支払いはご相談ください。

※1 泊入院・保険証未提出・労災の書類未提出など精算ができない場合、退院時に預かり金として、一律 3 万円をお預かりします。

5. 退院について

・退院を許可された方は、原則午前 10 時までに退院して頂きますようお願いします。

・お忘れ物のないようにもう一度ご確認をお願いします。

（退院後 1 ヶ月で処分させて頂きます。）

※病院職員への金品などの心遣いはお断りしています。

6. ご意見箱の設置について

当院をご利用いただいている患者さんやご家族の方々がお気付きになられたことをお聞かせいただき、改善に努めていきたいと考えております。ご意見やご質問をお寄せください。 （各階に設置しております。）

7. 特に注意していただくこと

患者さん、ご家族、面会の方が以下のような行為をされた場合は、病院の規則により、厳しく対処いたします。

喫煙、飲酒、無断での外出・外泊、性的行為および性的嫌がらせ、宗教活動、政治活動、暴力、暴言、診療妨害など、医療契約の基本である相互の信頼関係を損なう行為その他入院生活を乱す行為。

院内の物品を破損・紛失された場合は原則として弁償していただくことになります。

8．患者相談窓口のご案内

当院では、病気や障害から生じる患者さんやご家族の、さまざまな不安や悩みに対して、ご相談をお受けするため、窓口を設置しております。専任の看護師や医療ソーシャルワーカなど専門の職員が、皆様のお話を伺い、問題解決のお手伝いをさせていただきます。どうぞお気軽にご相談ください。

【院内案内】

5 階	屋上ガーデン
4 階	回復期リハビリテーション病棟
3 階	一 般 病 棟
2 階	手術室・リハビリテーション
1 階	受付・外来（内科・整形外科・その他）・地域医療連携室 薬剤部・放射線科（X線・MRI・CT・骨密度）救急外来 栄養課

【各種サービス案内】

公衆電話	4 階デイルーム
テレビ用カード自動販売機	3 階病棟 4 階病棟
テレビ用カード精算機	1 階エレベーター横、自動販売機の横
自動販売機	1 階 3 階病棟 4 階病棟
コインランドリー・乾燥機	5 階
屋上テラス	緑・花に囲まれた庭園
タクシー乗り場	玄関の横（南側）
電車のりば	最寄り駅：山陽電車飾磨駅より徒歩 5 分
バスのりば	中島西口（神姫バス　姫路火力行）より徒歩２分

※両替機はありません。

入院費が高額になった場合、減額される制度があります

１．入院費減額制度について

健康保険の保険者に申請する事で、病院の窓口で支払う自己負担額を法定の範囲で減額される制度があります。

この制度は健康保険の保険者に入院前もしくは入院当日中に申請し【健康保険限度額適応認定証】の交付を受け、当院に提示していただく事により適応となります。

※【健康保険限度額適用認定証】をお持ちでない方は、入院される前に申請手続きをお願いします。手続後は【健康保険限度額適用認定証】を入院当日に受付へ提示してください。

２．申請に際しての条件

① 同じ年月の療養であること

② 同じ病院であること、また健康保険証扱いとなる療養であること（室料差額、食事負担額は除く）

３．申請方法

申請窓口（各保険証により異なります）	必要なもの（詳細は各保険者にご確認ください）
✧ 国民健康保険→各市町村へ ✧ 組合健康保険→各健康保険組合 ✧ 全国健康保険協会 →全国健康保険協会（協会けんぽ） ※上記以外の保険の場合は、健康保険証の保険者欄にてご確認ください	① 健康保険証 ② 世帯主名義の預金通帳（郵便局以外） ③ 世帯主の印鑑 ④ 医療機関の請求書又は診療費概算書 （入院前に手続きする場合は、②④は不要）

※その他、ご不明な点がございましたら１階受付までお問い合わせください。

【病院内の携帯電話使用について】

当院では、院内の携帯電話の使用について、下記のように定めております他の患者さんに迷惑をかける、診療などに影響を及ぼさないように配慮してご利用ください。

※スマートフォン、携帯通信機能の付いたタブレット、モバイルルーター、デザリング機能、WiMAX も携帯電話と同じ扱いとしています。

「基本ルール」

- ✧ 院内で使用する場合は、マナーモード（音の鳴らない設定）へ変更してください 。
- ✧ 指定のエリアでは携帯電話の電源を OFF にしてください。
- ✧ 医療機器から携帯電話を１m以上離してください。

「使用上の注意」

- ✧ 通話は、大声や長電話など周囲の方の迷惑にならないように配慮してください
- ✧ 診療などに支障をきたす恐れがある場合、医療機器や院内情報端末への影響が発生した場合は、即座に使用を制限させて頂きます。
- ✧ 他の患者さんから苦情がある場合は、職員が使用中止をお願いしますのでご協力ください。
- ✧ 転倒、他者との衝突の恐れがあり非常に危険なため、歩きながらの通話、メール、操作は絶対に行わないでください。
- ✧ 院内での写真撮影、動画撮影、録音はご遠慮ください。
- ✧ 消灯時間を過ぎてからの携帯電話の通話や操作、並びにゲームなどはご遠慮ください。
- ✧ やむを得ず電源を OFF エリア、通話禁止エリアで携帯電話を使用されている場合は、スタッフにご確認ください。

他の患者さんへの 迷惑にならないような使用を心掛けてください

氏　名：					
入院日：	年	月	日（　　）	午前・午後：	
手術予定日：	年	月	日（　　）		
部屋希望：	□個室（トイレ付）	□個室	□大部屋		