

# 入院のご案内

## 熊本赤十字病院の基本理念

### 人道・博愛・奉仕の実践

私たちは、患者・地域・職員に寄り添い、安心と信頼の医療を届けます。

## 熊本赤十字病院理念に基づく基本方針

### 救急医療

救急医療を私たちの原点としてとらえ、全ての人に手を差し伸べます。

### 高度医療

診療の専門性を高め、時代に即した安全で質の高い医療を提供します。

### 人材育成

教育・研修を推進し、人間性豊かで将来を担う医療人を育成します。

### 地域連携

地域全体で協力し、誰もが安心して暮らせる社会づくりに貢献します。

### 医療救援

地球的視野で災禍を見つめ、積極的に医療救援活動に取り組みます。

### 魅力創出

働きがいのある職場づくりを通して、ぬくもりのある病院を目指します。

## 患者さんの権利と責務について

### <患者さんの権利>

1. 患者さんは、安全で良質な医療を公平公正に受ける権利があります。
2. 患者さんは、常にその人格や価値観など人間としての尊厳を尊重される権利があります。
3. 患者さんは、診療に関して十分な説明と情報の提供を受け、理解できるまで質問する権利があります。
4. 患者さんは、自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意思を表明し、自ら決定する権利があります。
5. 患者さんは、自分の病気の診断や治療について、他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求める権利があります。
6. 患者さんは、個人情報やプライバシーを保護される権利があります。

### <患者さんの責務>

1. 患者さんは、診療に必要な自分自身の健康状態に関する情報を、できるだけ正確に医療提供者に伝え、治療に協力する責務があります。
2. 患者さんは、すべての患者さんが適切な医療を受けられるようにするため、病院の規則を守り、医療の提供の妨げになる暴力行為や迷惑行為を行わない責務があります。
3. 患者さんは、適切な医療を維持するため、提供を受けた医療に対する診療費を支払う責務があります。

## 目 次

※以下の書類は病院へご提出ください

| 提出日   | 外来より入院の方                                                                                                         | 提出日            | 救急より入院の方                                                                                                                                               |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院説明日 | <input type="checkbox"/> 入院される皆さんへ<br><input type="checkbox"/> 入院予約をされる方へ<br><input type="checkbox"/> 当院の特性について  | 入院当日           | <input type="checkbox"/> 入院される皆さんへ<br><input type="checkbox"/> 入院予約をされる方へ                                                                              |
| 入院当日  | <input type="checkbox"/> 入院申込書<br><input type="checkbox"/> 入院履歴等の確認について<br><input type="checkbox"/> 保険外負担（実費）同意書 | 入 院 後<br>3 日以内 | <input type="checkbox"/> 入院申込書<br><input type="checkbox"/> 入院履歴等の確認について<br><input type="checkbox"/> 保険外負担（実費）同意書<br><input type="checkbox"/> 当院の特性について |

### ■入院前にお読みください

1. 入院までにご準備いただくもの・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 安全で安心な入院生活を過ごしていただくために・・・・・・ 2
3. 入院中の転倒・転落予防について・・・・・・・・・・・・ 4
4. 高額療養費制度・オンライン資格確認システム  
での情報取得について・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
5. 病室について・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

### ■入院中の生活

6. 入院中の生活について・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
7. 患者相談支援について・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
8. 面会・物品受け渡しと駐車場利用について・・・・・・・・ 13

### ■退院と会計

9. 入院費用のお支払いについて・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
10. 各種診断書・証明書の発行について・・・・・・・・・・・・ 16

### ■フロアマップ・・・・・・・・・・・・・・・・ 18

### ■院内施設のご案内・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

- MEMO・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
- 個人情報保護方針・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
- 患者さんの個人情報の利用目的・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
- 臨床倫理指針・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
- 医療行為に関する説明と同意の指針・・・・・・・・・・・・ 25
- こどものかんじゃさんのけんり・・・・・・・・・・・・ 26
- ご意見・要望カード、ありがとうカード



入院前にお読みください



入院中の生活



退院と会計



院内施設のご案内

# 外来入院版

## 入院説明チェックリスト

生年月日      T   S   H   R      年      月      日

氏名

・入院目的      未      済

説明日 (      /      ) (      /      )

説明者 (      ) (      )

|    |                                                                                 |                                         |                          |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| 1  | 入院日の確認                                                                          |                                         | <input type="checkbox"/> |
| 2  | 入院日の治療・検査に伴う内服薬について                                                             | ※予約入院の方のみ    別紙参照                       | <input type="checkbox"/> |
| 3  | 入院日の治療・検査に伴う食事について                                                              |                                         | <input type="checkbox"/> |
| 4  | 手術日・検査日・治療日確認                                                                   |                                         | <input type="checkbox"/> |
| 5  | 入院までにご準備いただくもの                                                                  | ・「入院のご案内」 P1<br>・入院セットサービスパンフレット        | <input type="checkbox"/> |
| 6  | 安全で安心な入院生活を過ごしていただくために<br>・お薬や食物アレルギーについて<br>・院内への持ち込み禁止について<br>入院中の転倒・転落予防について | 「入院のご案内」 P2-P5                          | <input type="checkbox"/> |
| 7  | 入院中の生活について<br>・せん妄について                                                          | 「入院のご案内」 P9-P11                         | <input type="checkbox"/> |
| 8  | 入院前の状態・日常生活について（アナムネ）                                                           | 入院される皆さんへ      【病院提出】                   | <input type="checkbox"/> |
| 9  | 入院に際し提出が必要な書類<br>・入院申込書（別添複写用紙）<br>・入院履歴等の確認について<br>・保険外負担（実費）同意書               | 「入院のご案内」添付<br>※入院申込書については別紙添付           | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 病室について<br>・部屋希望（第3希望まで）                                                         | ・「入院のご案内」 P8<br>・「入院のご案内」添付      【病院提出】 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 高額療養費制度・オンライン資格確認システムでの情報取得について                                                 | 「入院のご案内」 P6-P7                          | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 面会・物品受け渡しと駐車場利用について                                                             | 「入院のご案内」 P13                            | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 入院費用のお支払いについて                                                                   | 「入院のご案内」 P14-P15                        | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 各種診断書・証明書の発行について                                                                | 「入院のご案内」 P16-P17                        | <input type="checkbox"/> |
| 15 | 病室・病棟の移動について<br>※病室・病棟の急な移動が生じる場合があります                                          | 当院の特性について      【病院提出】                   | <input type="checkbox"/> |
| 16 | 退院時間について<br>※退院は原則10時とさせていただきます                                                 |                                         |                          |
| 17 | 転院について<br>※状態に応じて転院していただく場合があります                                                |                                         |                          |

上記について説明を受けました。

記入日：令和      年      月      日

患者氏名

印

記入者氏名

印（続柄）

※自筆であれば押印は不要です。

## 入院説明チェックリスト

生年月日      T   S   H   R      年      月      日

氏名 \_\_\_\_\_

・病状説明

済

説明日 (      /      ) (      /      ) (      /      )  
説明者 (      ) (      ) (      )

|    |                                                                                 |                                         |                          |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| 1  | 安全で安心な入院生活を過ごしていただくために<br>・お薬や食物アレルギーについて<br>・院内への持ち込み禁止について<br>入院中の転倒・転落予防について | 「入院のご案内」 P2-P5                          | <input type="checkbox"/> |
| 2  | 入院中の生活について<br>・せん妄について                                                          | 「入院のご案内」 P9-P11                         | <input type="checkbox"/> |
| 3  | 入院前の状態・日常生活について（アナムネ）                                                           | 入院される皆さんへ      【病院提出】                   | <input type="checkbox"/> |
| 4  | 入院に際し提出が必要となる書類<br>・入院申込書（別添複写用紙）<br>・入院履歴等の確認について<br>・保険外負担（実費）同意書             | 「入院のご案内」添付<br>※入院申込書については別紙添付           | <input type="checkbox"/> |
| 5  | 入院までにご準備いただくもの                                                                  | ・「入院のご案内」 P1<br>・入院セットサービスパンフレット        | <input type="checkbox"/> |
| 6  | 病室について<br>・部屋希望（個室か4人部屋）                                                        | ・「入院のご案内」 P8<br>・「入院のご案内」添付      【病院提出】 | <input type="checkbox"/> |
| 7  | 病室・病棟の移動について<br>※病室・病棟の急な移動が生じる場合があります                                          | 当院の特性について      【病院提出】                   | <input type="checkbox"/> |
| 8  | 退院時間について<br>※退院は原則10時とさせていただきます                                                 |                                         |                          |
| 9  | 転院について<br>※状態に応じて転院していただく場合があります                                                |                                         |                          |
| 10 | 面会・物品受け渡しと駐車場利用について                                                             | 「入院のご案内」 P13                            | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 入院費の支払いについてお困りの点がないか（保険未加入 等）<br>※お困りの点がございましたら、後日、担当者により相談をお受けします              | 相談したいことが      有      ・      無           | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 高額療養費制度・オンライン資格確認システム<br>での情報取得について                                             | 「入院のご案内」 P6-P7                          | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 入院費用のお支払いについて                                                                   | 「入院のご案内」 P14-P15                        | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 各種診断書・証明書の発行について                                                                | 「入院のご案内」 P16-P17                        | <input type="checkbox"/> |

※12から14につきましては、あらためてご説明させていただきます。

上記について説明を受けました。

記入日：令和      年      月      日

患者氏名      印

記入者氏名      印（続柄）

※自筆であれば押印は不要です。

## 当院の特性について

当院は、命にかかわる重症患者さんにも対応できる三次救急医療機関です。

重症患者さん受け入れのための入院病床を一定数確保しておく必要がありますので、ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

### 病室・病棟の移動

入院される患者さんの希望や状態に合わせた病室を選んでおりますが、ご希望に添えない場合や病室・病棟の急な移動が度々生じる場合がありますので御了承ください。

### 退 院 時 間

急な入院が必要な方を迅速に受け入れるため、退院時間を原則 10 時までとさせていただきます。

### 転 院

現在の医療においては、地域の医療機関同士で協力し合い、適切な医療を適切な医療機関で行うよう役割分担を行っております。

それに伴い、患者さんの病状に応じ、当院での急性期治療が終了した方につきましては、連携している医療機関に早期に転院していただくことをお願いしております。

そこで、入院される皆様に転院先の希望をお伺いしておりますので、下記に記入のうえ、入院日より3日以内（ 月 日まで）にナースステーションまで提出をお願いします。

患 者 氏 名 （ ）

記入者氏名 （ ）（続柄 ）

☐ 希望なし（わからない場合も含めます）

※希望がない場合は、可能な限りご自宅近くの病院をご紹介します。

☐ 希望する病院・施設がある

第一希望（ ） ☐ かかりつけの病院である

第二希望（ ） ☐ かかりつけの病院である

上記以外にかかりつけの病院がある場合は病院名をご記入ください

病院名（ ）（ ）

※事情によりご希望に添えない場合がございます。

※ご不明な点がございましたらお気軽にスタッフへお声かけください。

入院予約をされる方へ

■お部屋の希望をご記入ください

当院は救急病院のため、ご入院時の空床状況に応じてのご案内になります。お部屋のご希望に添えない場合や病室・ベッドの急な移動をお願いする場合がございますが、ご協力をお願いいたします。

- ・ 部屋料金は全て税込表示となっています。
- ・ 部屋料金は、滞在日数での計算になります。（１泊２日の場合は２日）  
宿泊施設等の泊数とは異なります。
- ・ 入院される病棟によってはご希望される金額の部屋がない場合があります。
- ・ 可能な限りご希望を優先しますが、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

| 希 望 番 号                                          |                                           |                   |                    |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| 1                                                | 2                                         | 3                 | 4                  |
| 4 人部屋<br>※室料は無料<br>但し、テレビ・冷蔵庫等<br>の使用料<br>330円／日 | 個室<br>7,700円／日<br>5,500円／日           いずれか | 特別室 B<br>8,800円／日 | 特別室 A<br>11,000円／日 |

産婦人科、こども病棟の患者さんは下記よりご選択ください。

|       | 希 望 番 号                                      |                                 |                   |
|-------|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
|       | 1                                            | 2                               | 3                 |
| 産婦人科  | 4 人部屋<br>※室料は無料<br>但し、テレビ・冷蔵庫等の使用料<br>330円／日 | 個室<br>7,700円／日<br>5,500円／日 いずれか | 特別室 B<br>8,800円／日 |
| こども病棟 |                                              | 個室<br>7,700円／日                  |                   |

※入院前に、ご希望の部屋を変更されたい場合は、お早めに各診療科窓口へご連絡ください。  
(ご連絡は、月曜日から金曜日(休診日除く)の14時から16時にお願いいたします。)

注意： 1 から 4 の番号で記入してください。（部屋タイプでの記入はできません。）

第1希望 ( )      第2希望 ( )      第3希望 ( )

※注意 窓側希望などの指定はご遠慮ください。

記入日：令和 年 月 日

ふりがな  
患者氏名

記入者氏名 (続柄)

※患者さん以外が記入される場合は「記入者氏名」もお書きください。

※(登録番号： )

## 入院履歴等の確認について

診療報酬制度においては、特定の療養を必要とする患者さんを除き、180日を超えて入院されている場合、患者さんの自己の選択による入院とみなされ、入院料が一部自己負担になります。

この場合の180日とは、同じ医療機関の入院期間の通算ではなく、他医療機関へ入院されていた場合も、退院日から3ヶ月以内に入院されると、それぞれの入院期間を通算することとなり、各医療機関はその確認を行うこととなっています。

つきましては、以下の項目についてご回答（○で囲む）のうえ、入院時にナースステーションへ提出してください。

1. 今回の入院前 3ヶ月以内に他の医療機関等へ入院（入所） されていましたが

| (1)<br>医療機関へ入院していた    | (2)<br>施設に入所していた      | (3)<br>入院・入所していない     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(1)、(2) と回答された方は、次の「2」にお答えください

2. 入院（入所）されていた医療機関または施設名と、その期間をご記入ください

| 医療機関（施設）名 | 期 間             |
|-----------|-----------------|
|           | 年 月 日から 年 月 日まで |

※ 退院証明書をお持ちの方は、病棟に提出してください

3. 今回の入院直前に、在宅医療（往診・訪問診療）を受けていらっしゃいましたか

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> 受けていた | <input type="radio"/> 受けていない |
|-----------------------------|------------------------------|

4. (40歳以上の方) 要介護認定（要支援も含む）を受けていますか

|                          |                           |                           |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> はい | <input type="radio"/> いいえ | <input type="radio"/> 申請中 |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|

5. 指定難病または小児慢性特定疾患の受給者証をお持ちですか

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> はい | <input type="radio"/> いいえ |
|--------------------------|---------------------------|

6. 高額療養費制度・オンライン資格確認システムによる限度額の適用区分の情報取得について同意されますか（「入院のご案内」6ページをご参照ください）

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> はい | <input type="radio"/> いいえ |
|--------------------------|---------------------------|

※入院中に保険資格等が変更となる場合はお知らせください

記入日：令和 年 月 日

ふりがな  
患者氏名

印

記入者氏名

印

（続柄）

※患者さん以外が記入される場合は「記入者氏名」もお書きください

(注1) テレビ・冷蔵庫については、お部屋にセットで常設されております。(¥330/1日)  
※テレビ・冷蔵庫代は差額ベッド代が発生しない方に限ります。

(注2) 個室料については、別途個室使用同意書の記載が必要となります。

(注3) 文書(診断書)料については、別途申込書の記載が必要となります。

※妊娠に関連する入院の場合は、〈その他〉の項目を除き非課税での請求になります。

※患者さん以外が記入される場合は「記入者氏名」もお書きください。

## 保険外負担（実費）料金一覧表

この一覧は保険外負担同意書提出後にご確認いただくための確認用リストです。  
以下の一覧表の他、部屋料金も保険外負担となりますのでご了承ください。

### 保険外負担（実費）料金一覧

| 名 称                  | 数量    | 金額(税込)         | 名 称                  | 数量  | 金額(税込)         |
|----------------------|-------|----------------|----------------------|-----|----------------|
| <入院関連>               |       |                | <容器代>                |     |                |
| 床頭台・テレビ・冷蔵庫・金庫等設備使用料 | 1 日   | ¥330           | 軟膏壺 5 g (プラスチック) 滅菌済 | 1 個 | ¥20            |
| 個室使用料 (各種)           | 1 日   | ¥5,500～¥27,500 | 軟膏壺10 g (プラスチック) 滅菌済 | 1 個 | ¥20            |
| ねまき                  | 1 着   | ¥950           | 軟膏壺20 g (プラスチック) 滅菌済 | 1 個 | ¥30            |
| バスタオル                | 1 枚   | ¥490           | 軟膏壺30 g (プラスチック) 滅菌済 | 1 個 | ¥40            |
| 入れ歯ケース               | 1 個   | ¥120           | 軟膏壺50 g (プラスチック) 滅菌済 | 1 個 | ¥50            |
| 歯ブラシ・アダルト            | 1 本   | ¥30            | 軟膏壺100g (プラスチック) 滅菌済 | 1 個 | ¥60            |
| スリッパ                 | 1 足   | ¥110           | P P 広口外用瓶30ml滅菌済     | 1 個 | ¥30            |
| 皮膚清拭剤180ml           | 1 本   | ¥1,080         | P P 広口外用瓶70ml滅菌済     | 1 個 | ¥30            |
| 箱ティッシュ               | 1 箱   | ¥60            | P P 広口外用瓶126ml滅菌済    | 1 個 | ¥40            |
| マスク                  | 1 枚   | ¥50            | ポリ投薬瓶300ml滅菌済        | 1 個 | ¥50            |
| 手術用ブラジャー             | 1 枚   | ¥130           | ポリ投薬瓶500ml滅菌済        | 1 個 | ¥70            |
| E D 腹帯               | 1 枚   | ¥500           | スポイト付き内用シロップ瓶70ml    | 1 個 | ¥50            |
| 紙おむつ (緊急時使用)         |       |                | 秤量キャップ付投薬瓶70ml       | 1 個 | ¥30            |
| (あて楽テープ・M)           | 1 枚   | ¥50            | 秤量キャップ付投薬瓶126ml      | 1 個 | ¥40            |
| (あて楽テープ・L)           | 1 枚   | ¥62            | 点鼻容器 10cc            | 1 個 | ¥40            |
|                      |       |                | 点鼻容器 5 cc            | 1 個 | ¥20            |
| <産科関連>               |       |                | <その他>                |     |                |
| α ショーツ               | 1 枚   | ¥330           | カード (診察券) 再発行        | 1 枚 | ¥110           |
| 分娩パックセット (帝王切開)      | 1 セット | ¥7,960         | 画像 C D               | 1 枚 | ¥1,650         |
| 分娩パックセット (自然分娩)      | 1 セット | ¥4,180         | D V D ダビング           | 1 枚 | ¥3,300         |
| お産セット (佐々木繃帯)        | 1 組   | ¥4,180         | 文書 (診断書等) 料 (各種)     | 1 通 | ¥1,100～¥11,000 |
| ゴールドパット (大)          | 1 枚   | ¥160           |                      |     |                |
| 臍帯箱                  | 1 個   | ¥270           |                      |     |                |
| 臍帯セット                | 1 箱   | ¥610           |                      |     |                |
| ネームバンド (アトム)         | 1 個   | ¥80            |                      |     |                |
| 命名セット                | 1 包   | ¥140           |                      |     |                |
| 紙おむつ                 |       |                |                      |     |                |
| (新生児用 S S)           | 1 枚   | ¥10            |                      |     |                |
| (新生児用)               | 1 枚   | ¥10            |                      |     |                |
| (こども用テープ止め・M)        | 1 枚   | ¥30            |                      |     |                |
| (こども用テープ止め・L)        | 1 枚   | ¥30            |                      |     |                |
| 肌着 (新生児用)            | 1 枚   | ¥310           |                      |     |                |

※ 妊娠に関連する入院の場合は、〈その他〉の項目を除き非課税での請求になります。

## 証明書・診断書等料金一覧

| 名 称                | 数量  | 金額(税込)  | 名 称                        | 数量  | 金額(税込)   |
|--------------------|-----|---------|----------------------------|-----|----------|
| 生命保険用診断書（通院含む）     | 1 通 | ¥6,600  | 自立支援（育成）・意見書兼診断書（16）新規のみ   | 1 通 | ¥2,200   |
| 通院証明書              | 1 通 | ¥2,200  | 自立支援（更生）・意見書兼診断書（15）新規のみ   | 1 通 | ¥2,200   |
| 死亡証明書（生命保険用）       | 1 通 | ¥6,600  | 自立支援（精神）・意見書兼診断書（21）       | 1 通 | ¥2,200   |
| 生命保険用診断書（通院含む）（英文） | 1 通 | ¥11,000 | 特定疾患治療研究事業臨床調査個人票（51）      | 1 通 | ¥2,200   |
| 厚生年金診断書・意見書        | 1 通 | ¥5,500  | 小児慢性特定疾病医療意見書（52）          | 1 通 | ¥2,200   |
| 国民年金診断書・意見書        | 1 通 | ¥5,500  | 指定難病臨床調査個人票（54）            | 1 通 | ¥2,200   |
| 受診状況証明書            | 1 通 | ¥2,200  | 肝炎治療受給者証の交付申請診断書           | 1 通 | ¥2,200   |
| 自動車損害賠償診断書         | 1 通 | ¥5,500  | 石綿による健康被害に関する診断書           | 1 通 | ¥5,500   |
| 自動車損害賠償明細書         | 1 通 | ¥5,500  | 精神障害者保健福祉手帳用診断書（手帳）        | 1 通 | ¥5,500   |
| 後遺障害診断書            | 1 通 | ¥5,500  | 傷病手当金申請書                   | 1 通 | 保険点数100点 |
| 医療照会（医師面談料）        | 1 通 | ¥5,500  | 療養費同意書交付料（在宅マッサージ同意書）      | 1 通 | 保険点数100点 |
| 普通診断書              | 1 通 | ¥2,200  | 母性健康管理指導事項連絡カード            | 1 通 | ¥1,100   |
| 普通診断書（英文）          | 1 通 | ¥3,300  | おむつ使用証明書                   | 1 通 | ¥1,100   |
| 死亡診断書              | 1 通 | ¥4,400  | 診断書（熊本県公安委員会提出用）           | 1 通 | ¥2,200   |
| 死体検案書              | 1 通 | ¥5,500  | 入浴可否の意見書                   | 1 通 | ¥1,100   |
| 出産手当金              | 1 通 | ¥2,200  | 就労可能証明書（熊本公共職業安定所）         | 1 通 | ¥2,200   |
| 出産予定証明書            | 1 通 | ¥2,200  | 休職・復職診断書                   | 1 通 | ¥2,200   |
| 出産証明書              | 1 通 | ¥2,200  | 通園・通学・通勤許可書                | 1 通 | ¥2,200   |
| 出産育児一時金・内払金        | 1 通 | ¥2,200  | カルテ開示手数料                   | 1 件 | ¥5,500   |
| 身体障害者手帳申請用診断書（年金用） | 1 通 | ¥5,500  | 診療録等の複写したものの交付（A4）（片面）     | 1 枚 | ¥22      |
| 身体障害者手帳申請用診断書（手帳用） | 1 通 | ¥5,500  | 診療録等の複写したものの交付（A4）（両面）     | 1 枚 | ¥44      |
| 特別児童扶養手当           | 1 通 | ¥5,500  | 診療録等の複写したものの交付(電子媒体)(CD-R) | 1 枚 | ¥1,650   |
| 特別障害者手当認定診断書       | 1 通 | ¥5,500  | 診療録等の複写したものの交付(電子媒体)(DVD)  | 1 枚 | ¥3,300   |
|                    |     |         | カルテ不存在証明書                  | 1 件 | ¥2,200   |

※ご不明な点は、診断書受付でお尋ねください。

# 1 入院までにご準備いただくもの

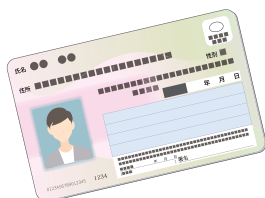
入院の日までに下記のものをご準備ください。

〈チェック欄〉

|          |                                 |  |
|----------|---------------------------------|--|
| 手続きに必要な物 | 同意書等・その他提出をお願いした書類              |  |
|          | 診察券                             |  |
|          | マイナンバーカード・その他の資格確認書・受給者証        |  |
|          | 母子手帳（こどもの場合）                    |  |
|          | 印鑑（認印・スタンプ式可）                   |  |
| 薬        | 現在服用されているお薬・お薬手帳                |  |
| 衣類他      | 着替え（下着、パジャマ）…有料レンタルあります（別紙参照）   |  |
|          | タオル・バスタオル                       |  |
|          | 履物（滑らない物、音のしない物、かかとのある物）        |  |
|          | ティッシュペーパー、マスク                   |  |
| 食事用具     | 箸、スプーン、コップ（プラスチックなど割れにくい物）      |  |
|          | 入れ歯、入れ歯ケース（必要な方のみ）              |  |
| 洗面用具     | 歯ブラシ、歯磨き粉                       |  |
|          | 石鹸、シャンプー、洗面器、電気ひげそり、くし等（必要な方のみ） |  |
| その他      | テレビ用イヤホン<br>（大部屋に入院の際は必要となります）  |  |
|          | 補聴器（必要な方のみ）                     |  |
|          | 職員から指示のあった物                     |  |



入院前にお読みください



- ・必要なものを最小限ご準備ください。紛失や盗難の場合の責任は負いかねます。
- ・アクセサリーやネイルは使用されないようお願いいたします。
- ・持ち物には**お名前の記入**をお願いいたします。
- ・感染症の流行に伴い、病棟閉鎖期間中は飲料をご持参ください。

## ● 入院手続きでご注意いただきたいこと

入院申込書は入院時に必ずご提出ください。緊急入院等の場合は3日以内にご提出ください。  
マイナンバーカード・その他の資格確認書・受給者証は、入院時ならびに月1回必ずご提示ください。

保険資格等に変更がありましたら必ずナースステーションまでご提示ください。  
土、日、祝日に入院される方は面会受付にお声かけください。

## 2 安全で安心な入院生活を過ごしていただくために

### ● 患者さん・ご家族の皆様へのお願い

- ・ 当院は、急性期病院として多くの救急患者さんを受け入れています。  
患者さん方の病状などにより、**急きょ病室や入院病棟を変わっていただくことがあります**が、ご理解とご協力をお願いいたします。
- ・ 病状や検査、治療、手術などに不安や疑問がある場合は、医師や看護師にお知らせください。なお、当院は厚生労働省の指導のもと、医師の働き方改革に取り組んでおり、患者さんおよびご家族への病状や手術等の説明時間を下記のとおりとさせていただきます。何卒ご理解とご協力をお願いいたします。

説明時間帯 平日 8:30~17:00  
(平日夜間、土日祝日は実施していません)  
なお、説明時間は担当医とご相談のうえお決めください。

※緊急の場合はこの限りではありません。

- ・ 入院中は、原則、**他の医療機関の受診（お薬の処方も）はできません**。
- ・ 入院までに他の医療機関を受診される際は、お薬を処方する医師に今後入院の予定があることをお伝えください。
- ・ **お薬や食物のアレルギーがある方は必ずスタッフへお知らせください**。
- ・ 市販薬、健康食品、サプリメント（ハーブ）を服用されている方は、入院予定日の2週間前には必ず中止してください。中止されていない場合は、手術が延期となる場合があります。
- ・ ご不明な点は、必ず医師又は看護師へ事前にご相談ください。
- ・ 他の患者さんのご迷惑になるような行為はお控えください。
- ・ 職員が患者さん・ご家族の方から暴力・暴言・ハラスメント等を受けた場合は、当院の規程により対処させていただきます。
- ・ 故意または過失により病院建物や病院所有の器物等を破損または紛失されたときは、損害に応じて費用の全額または一部を補償していただく場合があります。
- ・ 一日でも早い回復のため、入院生活や治療に関する決まりは必ずお守りください。

### ● 患者さんの確認について

- ・ 患者さんの安全確保のため、入院中はお名前が入った **リストバンド** を着用していただきます。  
また、本人確認の際は、患者さんご自身からお名前と生年月日を言っていただきます。



### ● 学生等の臨床実習について

- ・ 当院は、医師、看護師、救急救命士などを養成する臨床研修指定病院です。  
回診や手術、検査、看護などに際し、**臨床教育として医療系大学、専門学校の学生や研修生を立ち会わせる場合があります**。学生等の立ち合いにご同意いただけない場合でも、診療内容等に影響はありませんので、その場合は担当医師または看護師へお申し出ください。



## ● 院内感染防止について

- ・患者さんの感染防止のため、入院中は**マスク着用**をお願いいたします。
- ・病室の入口に消毒液を設置しています。  
病室に出入りされる時は、**手・指の消毒**を行ってください。  
ご面会の方も同様をお願いいたします。



## ● 院内への持ち込み禁止について

- ・安全管理のため、ナイフやはさみ、ライター等危険物の持ち込みを禁止しています。  
必要な場合は、ナースステーションで貸し出しますのでお知らせください。
- ・病室内は酸素が配管されていますので、火気（ライター等）の使用は厳禁とします。
- ・酒等アルコール類（ノンアルコール飲料を含む）は持ち込みを禁止しています。



## ● 盗難防止について

- ・貴重品の管理には十分ご注意ください。各患者さんの床頭台には、セーフティボックスを設置しています。病室を出られる際は、各自で鍵の管理をお願いいたします。  
鍵を紛失された場合は、実費1,500円をご負担いただきますのでご注意ください。
- ・紛失や盗難の場合の責任は負いかねますので**高額な現金や貴金属等は病院内に持ち込まない**ようお願いいたします。



## ● 禁煙について

- ・駐車場を含む**病院敷地内での喫煙**は、電子タバコを含め**全て禁止**です。
- ・手術予定の方は禁煙をお願いいたします。手術後に合併症を起こす可能性が高くなりますので、手術を延期または中止する場合があります。



## ● 携帯電話について

- ・携帯電話の使用については「**使用可能区域**」と「**使用禁止区域**」を設けています。  
院内掲示をご確認のうえ、所定の場所で使用いただきますようお願いいたします。  
特に4人部屋の方は、マナーモードに設定していただき、周囲の方のご迷惑にならないようマナーを守ってご使用ください。
- ・外部からの電話取次の場合、個人情報保護のため、おかけになった方のお名前、患者さんとのご関係などを確認させていただきますので、あらかじめご了承ください。
- ・当院では院内における歩きながらのスマートフォン操作は危険なため、緊急の場合を除いて禁止となっております。



## ● Free Wi-Fiについて

ご利用可能時間 6:00～22:00

- ・各患者さんの床頭台に説明用紙が置いてあります。注意事項をご確認のうえ、ご利用ください。

- ・当院では、患者さんおよび職員のプライバシーを保護するため、**院内での写真撮影（動画を含む）および録音は原則禁止**しております。  
（許可された撮影は除きます。）



### 3 入院中の転倒・転落予防について

入院中は**いつも**と異なる環境や治療による影響で筋力が低下し、普段より転びやすい状況になります。そのため、思いがけない転倒・転落事故が起こる事が少なくありません。私たち病院スタッフは、生活環境の整備をしながら、転倒転落の予防に注意し、安全で快適な入院生活を送って頂けるように努力しております。さらに安全を高めるために、ご本人・ご家族のご理解とご協力が欠かせませんので、よろしくお願い致します。

#### ● 転倒転落しやすい状況

##### ①体調不良、安静による筋力の低下やふらつき

いつものように動けると思い、  
自力で歩行することで転倒することがあります。



##### ②入院生活の変化による不安定な状況

環境の変化や痛み・発熱などの苦痛によるストレスにより、判断力が低下し転倒することがあります。

##### ③ベッド周囲の環境による転倒

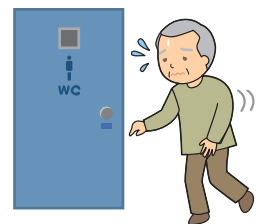
夜中は特に足元が暗く、慣れない環境で危険があるため、ベッド周囲の環境は整理整頓しましょう。

##### ④睡眠薬や麻酔・鎮静薬の影響による転倒

薬の影響で足元がふらつき、普段、自分でしっかり歩ける方でも転倒することがあります。

##### ⑤看護に対する遠慮

自分で出来ると思い、動き出して転倒することがあります。  
**特にトイレの時など、遠慮なく看護師を呼んで下さい。**



高齢の方だけでなく、若い方でも転倒転落の危険はあります。

#### ● 転倒転落が起きている場所

- ① 病室内（ベッド周辺）
- ② トイレ
- ③ 廊下



スリッパやサンダルは脱げたり、引っかかりやすく危険！  
**かかとのある履物**をはきましょう。

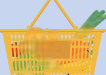
★ひとつでも当てはまれば、運動能力が低下しており転びやすいと考えられます。



やってみましょう！「**ロコチェック**」

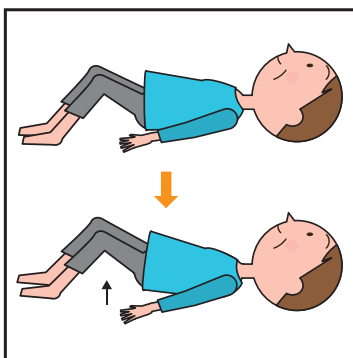
思い当たる症状はありますか？

### ■■■7つのロコチェック■■■

|   |                                                                                     |                                             |                          |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|
| 1 |    | 片脚立ちで靴下がはけない                                | <input type="checkbox"/> |
| 2 |    | 家の中でつまずいたりすべったりする                           | <input type="checkbox"/> |
| 3 |    | 階段を上がるのに手すりが必要である                           | <input type="checkbox"/> |
| 4 |    | 家のやや重い仕事が困難である                              | <input type="checkbox"/> |
| 5 |    | 2kg程度の買い物をして持ち帰るのが困難である<br>*1リットルの牛乳パック2個程度 | <input type="checkbox"/> |
| 6 |  | 15分くらい続けて歩くことができない                          | <input type="checkbox"/> |
| 7 |  | 横断歩道を青信号で渡りきれない                             | <input type="checkbox"/> |

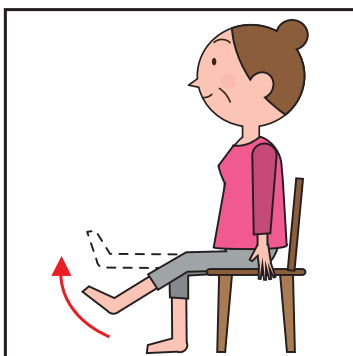
© 2015 Section of NILS-LSA

転びにくくするために、入院前から可能な方は筋力訓練を推奨しています。



#### 【お尻上げ運動】

- ① 仰向けになり、足を腰の幅に開く
  - ② ゆっくりとお尻を持ち上げる
  - ③ 1～2秒キープしたら、ゆっくりお尻をおろす
- ※①～③を10回繰り返し、それを3セット目標



#### 【膝上げ・膝伸ばし運動】

- ① 椅子に深くこしかけ、膝を90度に曲げる
  - ② 片方の膝を伸ばしながら、ゆっくり上げていく
  - ③ しっかり伸ばしたら、足首をグッと反らせる
  - ④ 膝を伸ばし足首を反らせた状態で5秒間静止し、ゆっくり元に戻す
- ※①～④を10回繰り返し、それを3セット目標

自分のできる範囲とペースを守ってください。



入院前にお読みください

## 4 高額療養費制度・オンライン資格確認システムでの情報取得について

高額療養費制度とは、医療機関に支払った額が、ひと月（月の初めから終わりまで）で上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。

下記（１）（２）（３）いずれかの手続きによって医療費の負担が自己負担限度額までとなります。

### ●（１）オンライン資格確認システムでの情報取得に同意いただいた場合

手続きなしで病院窓口でのお支払いを自己負担限度額までにとどめることができます。

### ●（２）事前に手続きする場合（「限度額適用認定証」を利用する場合）

事前に加入している保険者から限度額適用認定証の交付を受けることで、病院窓口でのお支払いを自己負担限度額までにとどめることができます。

#### （１）及び（２）の手続きに関する注意点

- ・ オンライン資格確認システムでの情報取得が一部対象外の保険があります。
- ・ 保険外負担分（部屋料金等）や入院時の食事負担額等は対象外となります。
- ・ 保険医療機関（入院・外来別）、保険薬局等はそれぞれでの取り扱いとなります。
- ・ １つの医療機関での窓口負担では上限額を超えない場合でも、同じ月に複数の医療機関受診がある場合や、同一の医療保険に加入する家族の受診について、申請を行うことで自己負担額を合算することができます。その合算額が一定額を超えた場合は、超えた分について高額療養費として支給されます。
- ・ 限度額適用認定証の適用は、申請された月からとなるため、遡って適用されません。
- ・ 外来でも限度額適用認定証を使用することができます。

### ●（３）事後に手続きする場合（払い戻しを受ける場合）

加入している保険者へ直接申請を行います。払い戻しには３ヶ月程度かかります。

過去２年までは遡って申請することができます。

### ● 限度額適用認定証の申請先

| お持ちの保険の種類                        | 申請先                                   |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| 健康保険組合・全国健康保険協会<br>共済組合・国民健康保険組合 | ご加入の保険者へ                              |
| 国民健康保険                           | お住まいの市区町村担当窓口へ                        |
| 後期高齢者医療制度                        | 各都道府県の後期高齢者医療広域連合<br>又はお住まいの市区町村担当窓口へ |



## ● 自己負担限度額一覧

(2024年6月現在)

### 【70歳未満の場合】

| 適用区分 |                                                       | ひと月の上限額 (世帯ごと)                                              |
|------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ア    | 年収約1,160万円～<br>健保：標報83万円以上<br>国保：年間所得901万円超           | 252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1 %<br>< 多数該当 140,100円 (※) > |
| イ    | 年収約770～約1,160万円<br>健保：標報53万～79万円<br>国保：年間所得600万～901万円 | 167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1 %<br>< 多数該当 93,000円 (※) >  |
| ウ    | 年収約370～約770万円<br>健保：標報28万～50万円<br>国保：年間所得210万～600万円   | 80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1 %<br>< 多数該当 44,400円 (※) >   |
| エ    | ～年収約370万円<br>健保：標報26万円以下<br>国保：年間所得210万円以下            | 57,600円<br>< 多数該当 44,400円 (※) >                             |
| オ    | 住民税非課税世帯                                              | 35,400円<br>< 多数該当 24,600円 (※) >                             |



入院前にお読みください

### 【70歳以上の場合】

| 適用区分       |                                            | ひと月の上限額                                                     |                                 |
|------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|            |                                            | 外来 (個人ごと)                                                   | (世帯ごと)                          |
| 現役並み       | 年収約1,160万円～<br>標報83万円以上／課税所得690万円以上        | 252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1 %<br>< 多数該当 140,100円 (※) > |                                 |
|            | 年収約770万円～約1,160万円<br>標報53万円以上／課税所得380万円以上  | 167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1 %<br>< 多数該当 93,000円 (※) >  |                                 |
|            | 年収約370万円～約770万円<br>標報28万円以上／課税所得145万円以上    | 80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1 %<br>< 多数該当 44,400円 (※) >   |                                 |
| 一般         | 年収156万円～約370万円<br>標報26万円以下<br>課税所得145万円未満等 | 18,000円<br>年間の上限<br>144,000円                                | 57,600円<br>< 多数該当 44,400円 (※) > |
| 非住民<br>課税等 | Ⅱ 住民税非課税世帯                                 | 8,000円                                                      | 24,600円                         |
|            | Ⅰ 住民税非課税世帯<br>(年金収入80万円以下など)               |                                                             | 15,000円                         |

(※) 過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減されます。

## 5 病室について

病室は特別室、個室、4人部屋があります。  
入院される病棟によっては、ご希望される金額の部屋がない場合があります。

**標準設備：テレビ／冷蔵庫／金庫／ロッカー／イス／トイレ／洗面台**

|       | 区 別            | 料金 (税込) | 標準設備 | クローゼット | ユニットバス     | 流し台※② | その他            |
|-------|----------------|---------|------|--------|------------|-------|----------------|
| 本館病棟  | 特別室S<br>(7西のみ) | 27,500円 | ○    | ○      | ○          | ○     | 和室<br>応接セット    |
|       | 特別室A<br>(7東のみ) | 11,000円 | ○    | ○      | ○          | ○     | 応接セット          |
|       | 特別室B           | 8,800円  | ○    | ○      | ○          | ○     | ソファ<br>テーブル    |
|       | 特別室B<br>(7東のみ) |         | ○    | ○      | (ユニットシャワー) |       | ソファ<br>テーブル    |
|       | 個室             | 7,700円  | ○    | ○      | ○          |       | ソファ<br>テーブル    |
|       |                | 5,500円  | ○    | ○      |            |       |                |
| こども病棟 | 4人部屋           | ※①      | ○    |        |            |       |                |
|       | 個室             | 7,700円  | ○    | ○      | ○          |       | ソファベッド<br>テーブル |
|       | 4人部屋           | ※①      | ○    |        |            |       |                |



特別室 S



特別室 B



個室 (7,700円)



個室 (5,500円)



4人部屋



こども病棟 個室

- ・ 部屋料金は、滞在日数の部屋料金となります。(例：1泊2日は2日分の料金)
- ※① 差額ベッド代が発生しない方は床頭台・テレビ・冷蔵庫・金庫等の設備利用料として1日330円をご負担いただきます。
- ・ 個室ご希望の場合は、5,500円～7,700円のいずれかの部屋になります。
- ・ 当院は救急病院のため、ご入院時の空床状況に応じてのご案内になります。  
お部屋のご希望に添えない場合や病室・ベッドの急な移動をお願いする場合がございますが、ご協力をお願いいたします。
- ・ 入院前に、ご希望の部屋を変更されたい場合は、お早めに各診療科窓口へご連絡ください。
- ※② 安全上、コンロは使用不可としております。



## 6 入院中の生活について

### 診療・看護について

- ・入院診療は、主治医が中心となりチーム医療体制で行います。
- ・主治医が外来担当医と異なる場合もありますが、主治医と外来担当医は連携をとり治療を行います。
- ・1日も早い回復のため入院中は療養に専念し、医師や看護師の指示をお守りください。
- ・夜間・休日など、主治医が不在の際には、状態に応じて当直医師が診療を行います。
- ・看護師は1日2交代で勤務しています。

### 食事について

朝食 8時頃～

昼食 12時頃～

夕食 18時頃～

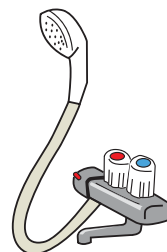
- ・食事は、病状や治療方針に適した食事をご用意しておりますので、持ち込みによるお食事はご遠慮ください。
- ・食事に関するご要望やご質問は、医師や看護師、管理栄養士にご相談ください。
- ・**アレルギーのある方は必ずお知らせください。**
- ・感染防止のため病棟外に出ることは禁止していますので、飲料をご持参ください。
- ・急な外泊などで食事が不要となる場合は、必ず下記の締め切り時間までに看護師へお申し出ください。間に合わない場合は、食事代のお支払いが生じますのでご注意ください。

| 食事停止依頼<br>の締め切り時間 | 朝食の停止   | 昼食の停止  | 夕食の停止   |
|-------------------|---------|--------|---------|
|                   | 前日17時まで | 当日9時まで | 当日14時まで |



### 入浴について

- ・共同浴室（シャワー室）の利用可能時間は下記のとおりです。  
※治療上必要性がある場合は除きます。  
**平日・土曜日 9時～16時      日曜日・祝日 ご利用いただけません**
- ・患者さんの病状を考慮した上で、主治医の許可がある場合は入浴できます。  
入浴に際しての取り決めについては看護師にお尋ねください。
- ・多くの患者さんが利用できるよう**30分以内**でお願いしています。



### 洗濯について

- ・各病棟にコインランドリーが設置されています。8時～20時
- ・洗濯機、乾燥機 各30分100円でご使用いただけます。
- ・洗剤はご持参ください。

### 生活時間と外出・外泊について

点灯 6時（こども病棟は7時）

消灯 22時（こども病棟は21時）

- ・消灯後の点灯やテレビの視聴は、周りの患者さんの迷惑となりますのでご遠慮ください。
- ・**入院中の外出・外泊**につきましては、**必ず主治医の許可及び届出が必要**になりますので事前にご相談ください。外出・外泊にされる時や病棟に戻られた時は、看護師へお知らせください。
- ・外泊の際は、入院料の15%（+部屋料金）をお支払いいただいております。

## ● せん妄について

せん妄は、脱水・感染・貧血・薬物など、からだに何らかの負担がかかった時に、脳にも負担がかかることで生じる脳の機能の乱れ（意識の障害）です。

せん妄の時に起こる変化や特徴にはこんなものがあります。

- 【意識】 ＊ ぼーっとする
- ＊ 集中しづらい（ＴＶや新聞などを見られない）
- ＊ 夢か現実かわからない、寝ぼけたような感じ
- 【睡眠】 ＊ 眠りが浅くなる
- ＊ 日中、眠気が続く
- ＊ 昼夜逆転し、睡眠のリズムが崩れる
- 【その他】 ＊ 時間や場所がわからない
- ＊ おかしなものが見える（虫、小さな動物、小人）



など

### ご家族から見ると

- ・ ぼんやりしている、うとうとしている
- ・ 話のつじつまが合わない
- ・ 場所や時間がわかっていない
- ・ 点滴などのチューブ類を抜いてしまう
- ・ 怒りっぽくなったり、興奮したり、涙もろくなる
- ・ 見えないものを見えると言ったり、ありえないことを言ったりする
- ・ 夜眠らない、夜になると症状が激しくなる
- ・ 以前と性格が変わったように感じる



### ✳ せん妄の治療

1. 負担となっているからだの問題を取り除くこと
2. 脳の機能の乱れを改善するお薬
3. 患者さんが安心できる環境調整



せん妄は、「気持ちの持ちよう」や「こころの問題」に思われがちですが、そうではありません。また、同様に認知症になったのでもありません。からだの症状のひとつなので、適切な治療でほとんどの患者さんは改善します。

### ❁せん妄予防のためのお願い

適切な対応をすることで、せん妄は予防できることがわかってきています。そのためには、患者さん、ご家族、担当医や看護師、薬剤師と一緒に協力し合うことが重要です。



#### 痛みがあるときは我慢をしないで伝えてください

強い痛みは、せん妄の原因になります。痛みがあるときは、我慢せずに担当医や看護師に伝えてください。

#### 水分をこまめにとりましょう

体の水分が不足するとせん妄を引き起こしやすくなります。水分をこまめにとりましょう。



#### 体を動かしましょう

せん妄を予防するためには、日中動くことが大切です。できるだけ座って過ごす時間を作ったり、散歩をしたり、起きている時間を作るようにしましょう。

#### お薬に注意しましょう

お薬の中にはせん妄の原因となるものがあります。特に睡眠薬や安定剤は注意が必要です。これまで何年も飲んできたお薬でも、体調が悪い時に飲むとせん妄を引き起こすことがあるのでご相談ください。



### ❁ご家族のみなさまへ

患者さんがせん妄の時には、意識が混乱し、今どこにいるのか分からなかったり、何をしているのか分からなかったりしています。そのため、患者さんご本人も不安になられていることが多く、ご家族がそばにいただけで患者さんは安心されます。ご家族の接し方もいつもと変える必要はありません。

■ つじつまの合わないお話があっても、無理に正す必要はありません。

■ いつもどおり落ち着いた言葉かけをお願いいたします。

■ 時間や場所がわからないようであれば、教えてあげてください。

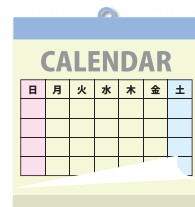
(時計やカレンダーは有効です)

■ 日中起きていられて、夜間に眠れるような働きかけも重要です。

■ けがや事故防止のため、はさみや爪切りのような危険物の持ち込みはご遠慮ください。

■ 適切な刺激があることは重要です。眼鏡や補聴器がある場合はご持参ください。

わからないこと、お困りのことはお気軽に担当医、看護師や薬剤師までご相談ください。



## 7 患者相談支援について

### 医療・福祉相談

診療や治療費のことなど、患者さんやご家族が抱えられている不安やお悩みについて、医療ソーシャルワーカーがお伺いする**相談窓口を設置**しています。

#### <相談例>

- 当院の診療について
- 医療の安全、安心について
- 研修医の医療行為について
- セカンドオピニオンについて
- 介護、在宅サービスについて
- 職員等の接遇対応について
- 入院生活上の不安等について
- 医療費のお支払いについて
- 退院、転院について
- 福祉制度について
- 療養生活について

など

|      |                                                            |
|------|------------------------------------------------------------|
| 受付時間 | 8：30～17：00<br>(土日、祝日、年末年始除く)<br>上記時間外は救命救急センター受付にお問合せください。 |
| 場 所  | 1階80番 患者サポートセンター<br>(P18～P19フロアマップをご覧ください。)                |



### がん相談

**がんに関する様々なご相談について、専門スタッフがお話を伺います。**  
お気軽にご相談ください。

#### <相談例>

- 治療費はどれくらいかかる？
- 「在宅療養」ってどのようなサービスを利用できる？
- 「ホスピス」「緩和ケア」って何？
- 介護保険も利用できる？
- 主治医にもっと説明が聞きたいけれど など

|      |                                                   |
|------|---------------------------------------------------|
| 受付時間 | 9：00～16：30<br>(土日、祝日、年末年始除く)                      |
| 場 所  | 1階 がん相談支援センター<br>(1階80番患者サポートセンターへ<br>お尋ねください。)   |
| 対 象  | がん患者さんとそのご家族<br>入院、通院、他院通院中の方、<br>どなたでもご利用いただけます。 |



※事前予約は必要ありませんが、  
相談対応中のお場合はお待ちい  
ただくことがあります。

相談内容につきましては、個人情報を守りますので、お気軽にお越しください。

## 8 面会・物品受け渡しと駐車場利用について

### ● 面会・物品受け渡しについて

※別紙「入院患者さんへの面会・物品受渡しについて」をご確認ください。

### ● 駐車場・タクシー

来院者専用駐車場の料金は下記のとおりです。（原則、駐車場料金の割引はありません。）

**入院患者さん専用の駐車場はありません**ので、可能な限り公共交通機関をご利用ください。  
ナンバープレートをカメラで認識するシステムです。駐車券は発券されません。

| 時間 | 30分以内（初回のみ） | 30分～3時間以内 | 3時間～      | 24時間最大（繰り返し） |
|----|-------------|-----------|-----------|--------------|
| 料金 | 無料          | 100円      | 1時間毎 100円 | 1,000円       |

タクシーは**午前9時から午後7時まで**正面玄関付近に待機しています。  
待機車両がない場合、または福祉タクシーをご利用の際は、職員にご相談ください。



## 9 入院費用のお支払いについて

当院は厚生労働大臣が指定するDPC（包括医療費支払制度）対象病院で、入院費は、入院される患者さんの病名（病状）に応じて定められた入院1日あたりの定額支払い制度に基づき計算を行います。

なお、手術・処置、検査の一部、退院処方等については、別途加算されます。

労災や交通事故、また病名によっては、従来どおり「出来高払い方式」で算定します。

入院中の歯科受診（口腔ケアを含む）については入院費と別に診療費が発生いたします。

※食事療養費（標準負担額）・部屋料金・床頭台・テレビ・冷蔵庫・金庫等設備使用料等の実費分につきましては別途お支払いが必要となります。

※入院日・退院日は、その時間にかかわらず1日分の料金となります。

※急な入院が必要な方を迅速に受け入れるため、退院時間を原則10時までとさせていただきます。

### ● 入院中のお支払い

入院費は、毎月月末までの請求書を翌月15日頃にお渡しいたします。

お支払い方法については、15ページの「お支払い方法」をご覧ください。

### ● 退院時のお支払い

退院が決まりましたら、原則、前日までに入院費の概算をお知らせしますので、お支払いの準備をお願いいたします。

ご退院前に退院連絡票をお届けしますので、お支払いをお願いいたします。

### ● 休日に退院される場合

入院費が確定していない場合は、退院預かり金のお支払いをお願いしています。

その際は、「支払証書」にお支払いいただく方のお名前、連絡先等を必ず記入していただきます。



## ● お支払い方法

現金のほか、**デビットカード**、**クレジットカード**もご利用いただけます。

■デビットカード：金融機関のキャッシュカードでのお支払い  
(暗証番号が必要、1日あたりのご利用限度額があります)

■クレジットカード (3万円以上は暗証番号が必要)

お支払い回数：一括払い・分割払い・ボーナス払い

また、退院当日のお支払いを必要とせず、お会計の待ち時間なくスムーズにお帰りいただける**医療費後払いサービス**もご利用いただけます。(※2026年1月20日から対応予定)

## ● お支払い場所

月曜～金曜 本館 1 階 (午前 9 時から午後 4 時 30 分まで)

総合待合ホールに自動精算機を 3 台設置しています。

窓口でのお支払いは、60 番お支払い窓口にてお願いいたします。

休日・時間外 総合救命救急センター 1 階

総合救命救急センター待合ホールに自動精算機を 1 台設置しています。

休日退院の場合は、総合救命救急センター受付窓口にてお願いいたします。

## ● 1 階 A T M コーナーのご案内

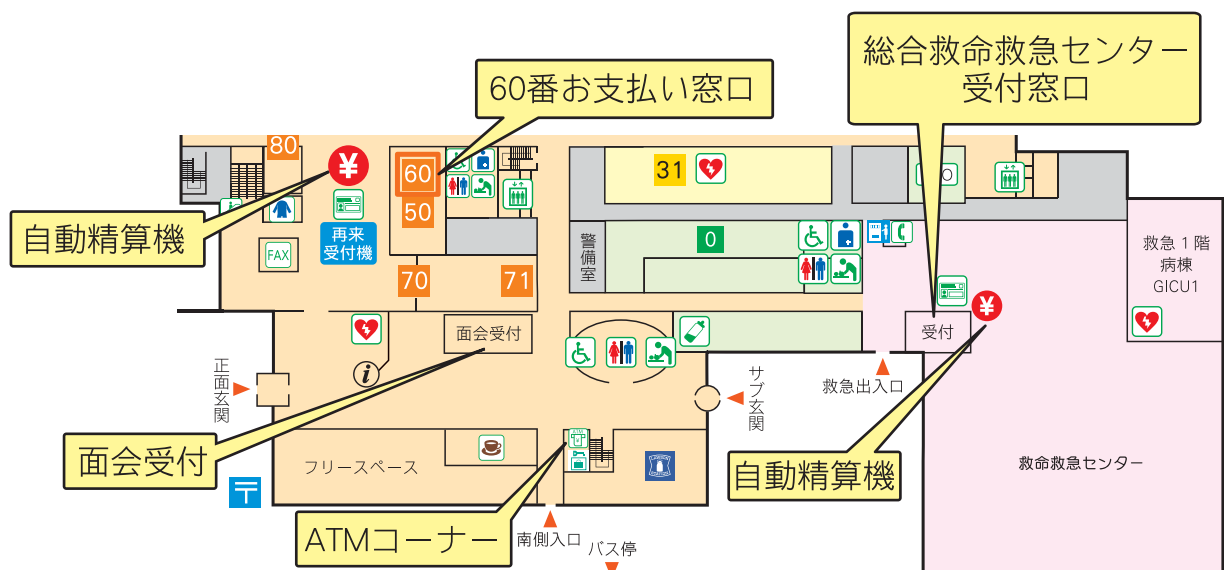
肥後銀行／熊本銀行

■ご利用時間 9 : 00 ~ 19 : 00

※土日祝日もご利用可能です。(年末年始を除く)

※手数料は利用時間、曜日によって異なります。

※上記以外の銀行は、一部カードのみ利用できますが詳細につきましては、事前にお手持ちの金融機関にご確認ください。



## 10 各種診断書・証明書の発行について

### ● 申込方法

■診断書等の受付場所・時間については、下記のとおりです。

**入院中の作成申込みは各病棟でお願いいたします。**

| 場 所          | 時 間              | 曜 日                   |
|--------------|------------------|-----------------------|
| 診断書受付 (50 番) | 9 : 00 ~ 16 : 30 | 月 ~ 金曜日<br>(土日・祝日を除く) |
| 各 病 棟        | 9 : 00 ~ 16 : 00 |                       |

※診断書受付 (50 番) は、午前中は外来患者さんの受付で窓口が混み合うため、お待たせする場合があります。何卒ご了承ください。

■診断書等の作成申込み、受取りは、患者さん本人であることを確認したうえで行います。

**ご本人以外による申込み・受取り**については、**委任状が必要**です。

■**診断書・証明書等は原本（指定用紙）をご持参ください。**

持参された原本（指定用紙）は、内容確認のためにお預かりいたします。

持参された原本（指定用紙）に則した書式で作成いたします。

■お申込みされた診断書等の完成後、申込者の都合による追記・訂正はお受けできません。

加入保険の補償内容 (通院証明の要・不要、証明期間等) についてご確認のうえ、お申込みいただきますようお願いいたします。



### ● 作成期間

■診断書等の作成には、**通常、申込み日から 3 週間程度**の期間を要します。

《例外》次の場合は、3 週間以上の期間を要しますので、ご了承ください。

※入院中に依頼された場合…退院日から 3 週間程度。

※病理検査のある場合……診断結果が出てから診断書を作成いたします。

また、診断書のお渡しは検査結果報告説明以降となります。

## ● 料金精算

■ **文書料は、原則前払い**となります。申込み時にお支払いをお願いいたします。

なお、**申込者の都合によるキャンセルについては一切お断りしておりますので、あらかじめご了承ください。**

＜主な文書料（1通あたり・税込）＞

|                 |            |
|-----------------|------------|
| 生命保険用診断書（通院含む）  | 6,600 円    |
| 通院証明書           | 2,200 円    |
| 普通診断書           | 2,200 円    |
| 指定難病臨床調査個人票（54） | 2,200 円    |
| 傷病手当金申請書        | 保険点数 100 点 |

※その他詳細については本パンフレット巻頭に掲載の  
「保険外負担（実費）料金一覧表」をご覧ください。

## ● 受取方法

■ 作成後の診断書等は、原則、普通郵便にて郵送いたします。書留・速達をご希望の場合は、患者さんのご負担となりますので、あらかじめ切手のご準備をお願いいたします。  
（切手は1階コンビニで購入可能です。）

■ ご希望により50番診断書受付（初診受付）での受取りも可能です。

※傷病手当金申請書については、受取り時にマイナンバーカードの確認が必須となるため、受取方法は原則手渡しになります。



## ● お問い合わせ

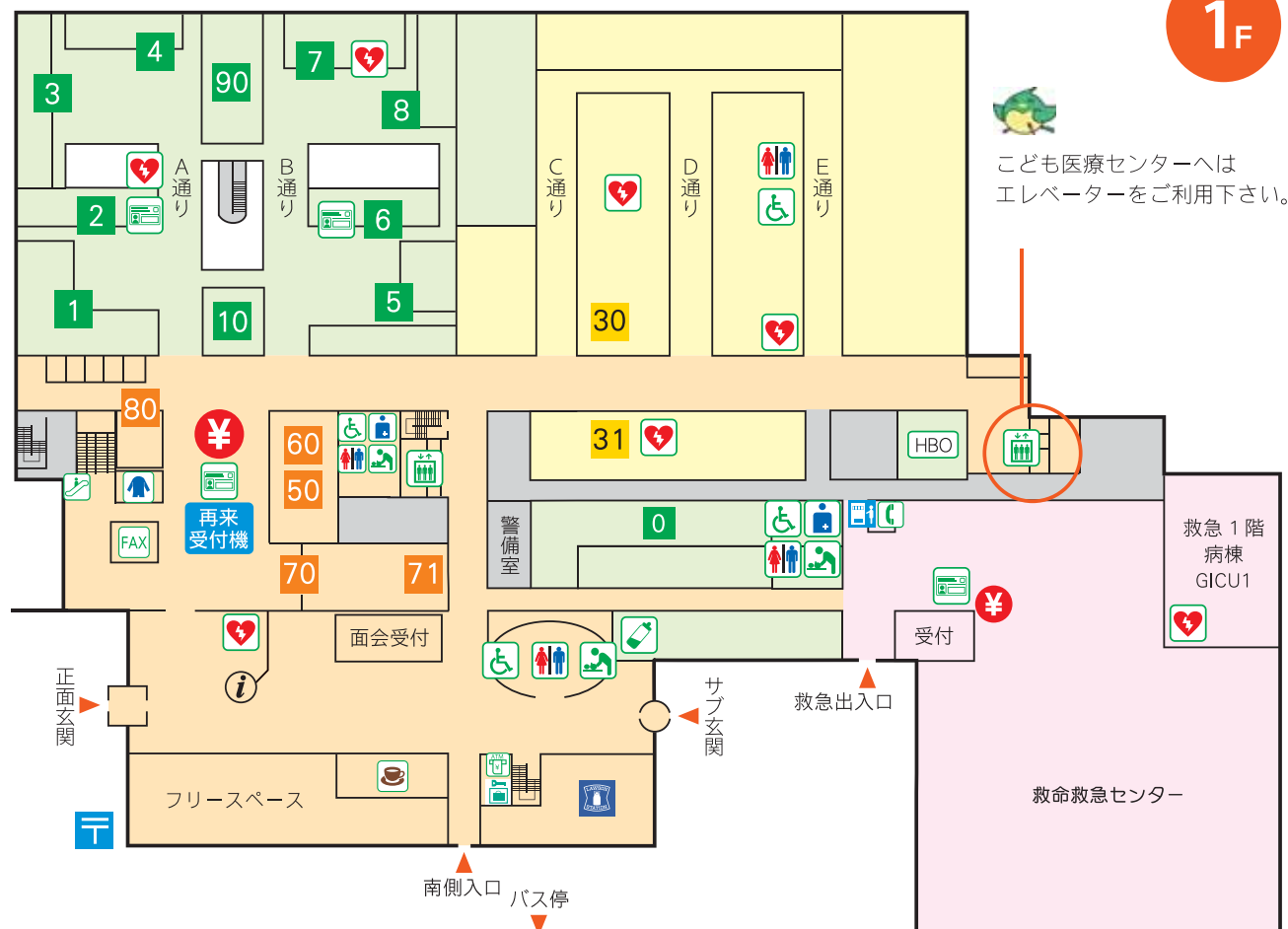
■ 熊本赤十字病院 **診断書受付（50番 初診受付）**

TEL：096-384-2111（内線 7158）

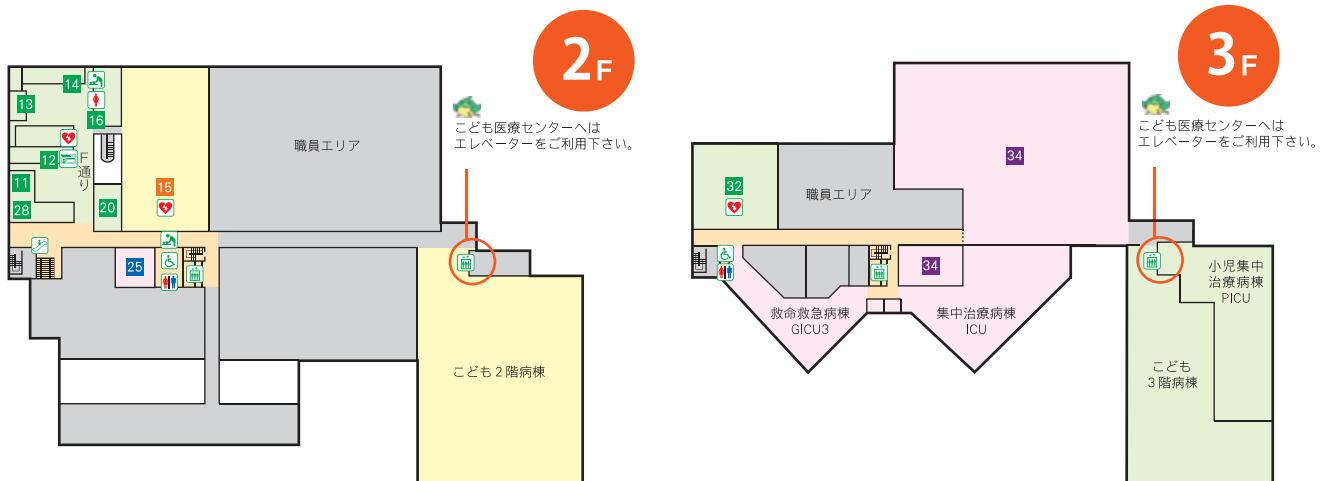
〈年末年始・土・日・祝日を除く、月曜日～金曜日 9：00～17：00〉

# フロアマップ

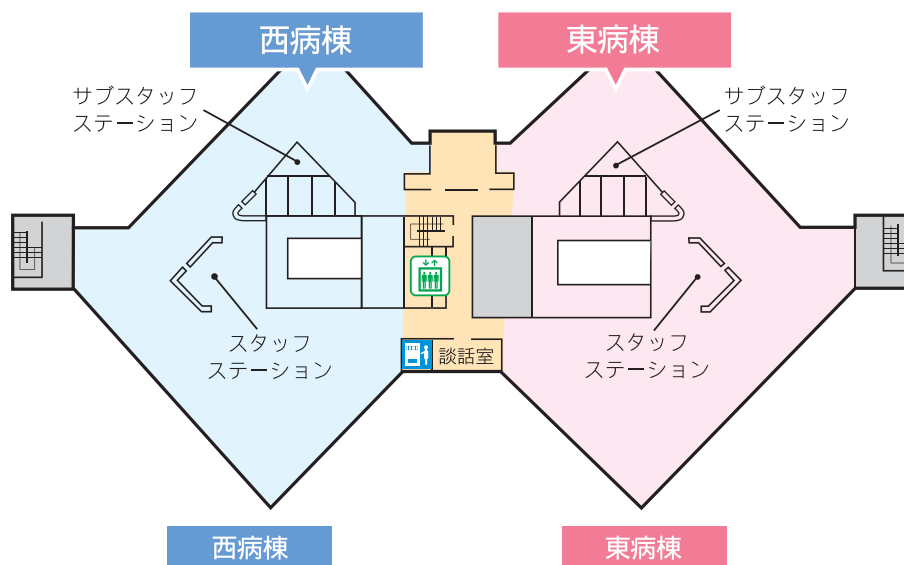
1F



- |                               |                                   |                                           |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| エレベーター                        | 入院セットレンタル窓口                       | <b>30</b> 画像診断治療センター                      |
| エスカレーター                       | 自動精算機                             | <b>31</b> 生理検査センター                        |
| トイレ                           | 喫茶・軽食（岡田珈琲）                       | <b>50</b> 初診受付・診断書受付                      |
| 多目的トイレ                        | コンビニ（ローソン）                        | <b>60</b> お支払い                            |
| オストメイト                        | 総合案内                              | <b>70</b> おくすり(院内処方)                      |
| おむつ交換                         | <b>0</b> こども外来（小児科/小児外科）          | <b>71</b> おくすり(時間外)                       |
| 授乳室                           | <b>1</b> 眼科/耳鼻いんこう科               | <b>80</b> 患者サポートセンター<br>（入院・検査説明、医療・福祉相談） |
| キャッシュサービス                     | <b>2</b> 脳神経内科/脳神経外科              | <b>90</b> 点滴室                             |
| 公衆電話                          | <b>3</b> 消化器内科/呼吸器内科              | <b>HBO</b> 高気圧酸素治療室                       |
| 自動販売機                         | <b>4</b> 内科/腎臓内科/糖尿病内科            |                                           |
| コインロッカー                       | <b>5</b> 整形外科                     |                                           |
| AED                           | <b>6</b> 外科/呼吸器外科/乳腺外科            |                                           |
| 郵便ポスト                         | <b>7</b> 皮膚科/形成外科                 |                                           |
| 顔認証付きカードリーダー<br>（マイナンバーカード受付） | <b>8</b> 外来化学療法センター/血液・腫瘍内科/精神腫瘍科 |                                           |
| 処方箋 F A X コーナー                | <b>10</b> 採血室                     |                                           |



- |                                  |                       |                |
|----------------------------------|-----------------------|----------------|
| 11 循環器内科/心臓血管外科<br>麻酔科/歯科/歯科口腔外科 | 15 総合リハビリテーション        | 32 腎センター       |
| 12 泌尿器科                          | 16 リウマチ科              | 34 手術センター/家族控室 |
| 13 産婦人科                          | 20 総合処置室              | 女性用トイレ         |
| 14 産婦人科                          | 25 患者サポートセンター (医療連携室) |                |
|                                  | 28 栄養指導室              |                |



- | 西病棟                          | 東病棟       |
|------------------------------|-----------|
| 4F 452～476号室                 | 402～426号室 |
| 5F 552～568号室<br>SCU1～6号室     | 503～526号室 |
| 6F 652～680号室                 | 602～628号室 |
| 7F 751～780号室                 | 701～730号室 |
| 8F がん相談支援センター<br>社会課・ボランティア室 | 801～831号室 |

※サブスタッフステーションを設置していない病棟もございます。



## 院内施設のご案内

院内には以下の施設があります。必要に応じてご利用ください。

※新型コロナウイルス感染症の流行状況によって、営業時間が変更となる場合があります。

### コンビニ（ローソン）

場 所：本館 1 階  
サブ玄関横  
営業時間：24 時間  
(年中無休)



### 入院必要品レンタル (小山メディカルサービス)

場所：本館 1 階  
総合待合ホール  
80番 患者サポート  
センター横  
平日：9：00～17：30  
(土日祝日受付窓口閉鎖)  
(年末年始休業あり)



### コインロッカー

場所：本館 1 階南側入口横  
有料 8：00～20：00



## MEMO

[illegible]

当院では、「日本赤十字社の保有する個人情報保護規程」に基づき、職員を対象とした「熊本赤十字病院個人情報保護規程」を作成し、個人情報保護の確実な履行に努めております。

## 個人情報保護方針

当院は、「人道・博愛・奉仕の実践」という基本理念のもと、診療業務を行っております。より安全で質の高い医療を提供していくためには、患者さんに関する様々な医療情報が必要です。当院では患者さんに安心して情報を提供していただくため、患者さんからお預かりした個人情報を安全に守るべきことを認識し、以下に個人情報保護方針を定め、確実な履行に務めます。

### 1. 個人情報の収集・利用・提供

個人情報を保護・管理する体制を確立し、適切な個人情報の収集、利用および提供に関する内部規則を定め、これを遵守します。

### 2. 個人情報の安全対策

個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざんおよび漏洩などに関する万全の予防措置を講じます。万一の問題発生時には速やかな是正対策を実施します。

### 3. 個人情報の確認・訂正・利用停止

当該本人（患者さん）等からの内容の確認・訂正あるいは利用停止を求められた場合には、当院の内部規則により、調査の上適切に対応します。

### 4. 個人情報に関する法令・規範の遵守

個人情報に関する法令およびその他の規範を遵守します。

### 5. 教育および継続的改善

個人情報保護体制を適切に維持するため、職員の教育・研修を徹底し、内部規則を継続的に見直し、改善します。

### 6. 個人情報の提供・開示

患者さんの個人情報について患者さんが開示を求められた場合には、遅滞なく内容を確認し、当院の内部規則に従って対応いたします。

### 7. 問い合わせ窓口

個人情報に関するお問い合わせは、以下の個人情報相談窓口においてお受けいたします。  
「個人情報保護相談窓口」医療社会事業課

## 患者さんの個人情報の利用目的

### 1. 院内での利用

1. 患者さんに提供する医療サービス
2. 医療保険事務
3. 入退院等の病棟管理
4. 会計・経理
5. 医療事故等あるいは事故未然防止等の報告、分析
6. 患者さんへの医療サービスの向上
7. 院内医療実習への協力
8. 医療の質の向上を目的とした院内症例検討、研究
9. その他患者さんにかかる管理運営業務

### 2. 院外への情報提供としての利用

1. 他の病院、診療所、助産院、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
2. 他の医療機関等からの照会への回答
3. 患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
4. 検体検査等の業務委託
5. 医療支援に関する患者さんご本人へのご案内
6. ご家族等への病状説明
7. 保険事務の委託
8. 審査支払機関へのレセプトの提供
9. 審査支払機関または保険者への照会
10. 審査支払機関または保険者からの照会への回答
11. 事業者等から委託を受けた健康診断にかかる事業者等へのその結果通知
12. 医師賠償保険等にかかる医療に関する専門団体や保険会社等への相談や届出
13. 国または地方公共団体等への公益性を優先する場合の情報提供
14. その他患者さんへの医療保険事務に関する利用

### 3. その他の利用

1. 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
2. 外部監査機関への情報提供
3. 医学研究及び学術研究（学会発表等）のための資料

## 臨床倫理指針

1. 患者さんの人格、思想、信仰を尊重する公平公正で確実な診療を行います。
  - (1) 患者さんの倫理観、価値観、死生観、生活観を尊重します
  - (2) 患者さんの個人の人權の保護に努めます
  - (3) 生命倫理に関する法令、診療ガイドラインを遵守します
2. 患者さんの診療については、十分な説明と同意に基づいて行い、患者さんの意思を尊重します。
  - (1) 患者さんとの信頼関係構築に努めます
  - (2) インフォームド・コンセントを徹底します
  - (3) 患者さんの知る権利、自己決定権を尊重します
  - (4) 患者さんの治療計画を立てる過程に参加する権利を尊重します
  - (5) セカンドオピニオンを求める権利を尊重します
3. 患者さんの個人情報保護し、守秘義務を遵守します。
4. 医療に関わるあらゆる安全管理に努め、安全で最良の医療を提供します。
5. 生命の尊厳に関する倫理的な問題を含むと考えられる医療行為については、必要に応じて院内の各種部門（倫理委員会、移植医療支援室など）において十分審議し、最良の治療方針を決定します。
6. 医学及び医療の進歩に必要な研究については、患者さんの権利を尊重するため、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針等を遵守し、倫理委員会又は臨床治験審査委員会において十分審議し、その結果に基づき研究を実施します。
7. 赤十字職員としての自覚を持ち、相手の立場を理解・尊重した良好な協力関係のもとに医療を行います。
8. 当指針は、定期的に見直しを行い、医療や患者さん、ご家族に関する社会的状況を考慮した良好な医療が提供されるよう努めます。

## 医療行為に関する説明と同意の指針

1. 当院では、医療行為を行うにあたり、患者さんに対して事前に十分説明し同意を得ます。  
ただし、緊急を要する際は事後説明となる場合がありますが、その際は、説明前に医療行為を行った理由や処置の必要性なども併せて十分に説明します。  
＜緊急を要する例＞
  - ①心肺停止状態
  - ②ショック状態
  - ③意識障害を伴う状態
  - ④緊急帝王切開 など
2. 医師は、手術、麻酔、輸血、および侵襲性があると判断される検査・治療等に関しては資料を用いて分かりやすく説明し同意を得ます。  
ただし、血液検査、尿検査、単純レントゲン検査、超音波検査等、侵襲性が少ないと判断される検査・治療等に関しては口頭で説明します。
3. 医師は、以下の項目について患者さんへ情報提示・説明を行ったうえで、内容の理解を確認し、同意を得ます。  
＜説明内容＞
  - ①患者さんの病名、病態
  - ②医療行為の目的、必要性、方法
  - ③医療行為によって予測される効果
  - ④医療行為に伴う危険性と偶発症発生時の対応
  - ⑤代替可能な医療行為の有無とその内容
  - ⑥何も治療を行わなかった場合に予想される経過 など
4. 医師が患者さんへ説明する際、可能な限り他の医療従事者等が立会います。  
また、患者さんも可能な限りご家族等の立会いをお願いします。
5. 患者さんが未成年の場合、または意思決定が困難であると判断される場合は、ご家族等代諾者に説明を行い同意を得ます。  
ただし、代諾者がいない場合は、別に定める「熊本赤十字病院 インフォームド・コンセントの基準および実施手順」に従い対応します。
6. 医師、患者さん（またはご家族等代諾者）は同意書に署名を行い、当院と患者さん双方で確認できるように保管します。
7. 患者さんは、同意書を提出した後に意思が変わった場合、その医療行為の実施前においては、同意を取り消すことができます。同意を取り消したことで、患者さんが今後の診療を受けるにあたり何ら不利益になることはありません。
8. 患者さんは、他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求めることができます。セカンドオピニオンを求めることで、患者さんが今後の診療を受けるにあたり何ら不利益になることはありません。
9. 当指針は、定期的に見直しを行い、患者さんの知る権利と決定権が保障されるよう努めます。

## こどものかんじゃさんのけんり

くまもとせきじゅうじびょういんは、<sup>みらい</sup>未来あるこどもたちが<sup>しあわ</sup>幸せに<sup>そだ</sup>育っていくため、<sup>い</sup>以下の<sup>けんり</sup>権利を<sup>まも</sup>守ります。

1. あなたは、<sup>びょうき</sup>病気や<sup>しょうがい</sup>障害、<sup>ねんれい</sup>年齢に<sup>かんけい</sup>関係なく、<sup>ひと</sup>人として<sup>たいせつ</sup>大切にされ、あなたらしく<sup>い</sup>生きることができます。
2. あなたは、あなたにとっていちばんよいと思われ<sup>おも</sup>る<sup>ちりょう</sup>治療や<sup>けあ</sup>ケアを<sup>う</sup>受けることができます。
3. あなたは、<sup>あんしん</sup>安心安全な<sup>ば</sup>場で、できるだけ<sup>ふあん</sup>不安のないようなやり方<sup>かた</sup>で<sup>ちりょう</sup>治療や<sup>けあ</sup>ケアを<sup>う</sup>受けることができます。
4. あなたは、<sup>いりよう</sup>医療を受けるとき、<sup>かぞく</sup>家族やそれに代わる<sup>か</sup>人<sup>ひと</sup>とできる<sup>かぎ</sup>限りいっしょにいることができます。
5. あなたは、あなたにとって<sup>ひつよう</sup>必要なことを<sup>おし</sup>教えてもらい、<sup>じぶん</sup>自分の<sup>きも</sup>気持ちや<sup>いけん</sup>意見を<sup>つた</sup>伝えることができます。
6. あなたは、<sup>さべつ</sup>差別されることなく、あなたの<sup>きず</sup>こころやからだを傷つけるあらゆる<sup>こうい</sup>行為から<sup>まも</sup>守られます。
7. あなたは、<sup>ねんれい</sup>年齢や<sup>しょうじょう</sup>症状などに<sup>おう</sup>応じて<sup>あそ</sup>遊んだり<sup>まな</sup>学んだりする<sup>けんり</sup>権利があり、あなたらしく<sup>せい</sup>生活<sup>かつ</sup>することができます。

## 『ご意見・要望カード』『ありがとうカード』について

当院では、患者さんが受診・入院中に私たちスタッフとのかかわりの中で、感じられたこと、疑問に思われたこと、ご意見など、メッセージを残して頂くための2種類のカードをご用意しております。頂いたメッセージを励みとして、また、貴重なご意見をお聞きし、今後の病院づくりに役立てていこうと思います。

なお、いただいたメッセージへの回答は、特定の個人を識別することができない状態で1階外来待合ホールに掲示しております。

<回収BOX設置場所> 1階外来待合ホール、2階栄養指導室前、本館4～5階談話室、6階心大血管リハビリテーション室、本館7階デイケア、本館8階食堂、こども病棟プレイルーム

### 「ご意見・要望」カード 【疑問・意見・要望・その他】

に対して

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 「ありがとう」カード

科 病棟 さんへ

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

科

記入日 令和 年 月 日

階

病棟

ご氏名

※匿名でも構いません





〒861-8520 熊本市東区長嶺南二丁目1番1号  
TEL.096-384-2111(代) FAX.096-384-3939  
<https://www.kumamoto-med.jrc.or.jp/>