

入院に際してのご案内とお願い

■ **面会時間**：9:30～11:00、13:45～15:45

お荷物の持ち込みも上記時間内をお願いします。

同意者等ご家族以外の訪問者には、プライバシー尊重の観点から「患者さんの入院」自体を明らかにしません。電話の場合も同様です。

なお面会につきましては病状の確認等もありますので、事前に主治医にご相談ください。

■ **電話**を患者さんに直接お取次ぎすることは致しません。

伝言を承り、患者さんよりお掛け直しいただきます。

病棟にカード式の公衆電話が設置されています。

使用方法はスタッフがご本人に説明致します。

■ **外出・外泊**等をご希望の際は、4～5日前までにご相談ください。

主治医との面談を希望される場合にも、事前にご連絡ください。

※当院入院中に**他院を受診する際**には（ご本人の薬を家族が受け取りに行くことなども含めて）、**事前に当院にお伝えください**

■ **保険証・限度額認定証**は毎月ご提示ください。

□限度額認定証は当院にご提示いただいた月から適用されます

■ お支払い・お問い合わせ等、全てを**事務室受付窓口**にて承ります。

電話番号：【04-2959-3295】

開設時間：月～土（祝祭日除く）の**9:00～12:30、13:30～17:00**

配送品の受領などを含め、上記時間内をご利用ください。

入院費用のご説明

- 1ヶ月分の入院費用の概算は次の通りです。

(1) 医療費(1ヶ月間の総額でおおむね45万円程度と見込まれます)

健康保険の自己負担割合が 3割の方は **135,000円**

(2) 健康保険の食事療養費 1食460円 1日3食1,380円×31日分 **42,780円**

(3) 私物購入金及び購入代行費(私物購入等預り金の管理ほか、消費税を含む) **8,250円**

合 計 186,030円

- 入院費は月末締めで計算します。翌月10日～15日の間に窓口で現金にてお支払いください。
ただし退院の際には、退院時にご精算いただきます。

21日以降の入院・10日以前の退院の場合、その月の私物購入金及び購入代行費は半額となります

生活保護受給者の私物購入金及び購入代行費は、入退院日に関わらず月額4,950円です。

- 請求書は郵送致しません。金額を確認したい場合には10日以降にお電話にてお確かめください
電話番号:04-2959-3295

- 上記のほか、以下に該当する費用がかかります。

① 室料差額料金(2名室:1,375円/日 1名室:2,200円・2,750円・5,500円/日)

② おやつ代(140円/日)※入院月と退院月以外は月毎での精算となります。

③ CSセット (649円/日)

④ おむつ代(必要な方 1枚あたり 217円 ないしは 173円)

⑤ 理容美容代(1,750円～)

⑥ 各種代行手数料(2,200円ないしは5,500円)

⑦ レクリエーション参加費用(100円～/1,000円～)

⑧ 物品破損汚損の修理代洗濯代

⑨ その他(日用雑貨代、健康管理費など)

⑩ 退院前訪問交通費(規定距離に応じて220円～660円/回、または実費)

- 入院保証金は五万円、また必要に応じて私物購入等預り金をお預かりします。

入院中に利用できる制度・サービス

1. 入院費の支払いについて利用できる制度

◇自己負担限度額適用認定

入院する際に医療機関窓口で提示することによって、一か月毎の医療費が高額になった場合でも、支払う金額があらかじめ設定された自己負担限度額までになる制度です。

また、住民税非課税世帯の方は「限度額適用・標準負担額認定証」の交付を受けることで自己負担限度額と食事療養費が減額されます

【申請窓口】

- ・ 国民健康保険…市町村役場 保険年金課
- ・ その他の健康保険…各保険組合等

【申請に必要な物】

- ・ 保険証、印鑑、(場合によって) 納税通知書など

※当月に窓口提示いただいたもののみ該当になりますのでご注意ください

負担限度額認定を利用せずに支払った場合は高額療養費制度の対象となります

2. 税金の減額・免除等の優遇措置を受けられる制度

◇精神保健福祉手帳

精神障害を持つ方が一定の障害状態にあることを証明するものです。等級に応じて各種税金の減額・免除を受けることができます

また、各自治体毎に福祉手当の支給等も行っています

※障害者手帳には税金に対する措置以外にも様々な福祉サービスの対象となりますので、担当相談員にご相談ください

3. 生活を保障するための制度

◇障害年金（特別障害給付金）

病気やケガなどで障害を持ったときに、生活を保障するための制度です。

種類や等級によって2ヵ月に1回一定の額が支給されます。

※申請についての相談等は担当相談員へご相談ください

◇傷病手当金（ご本人が社会保険に加入中の方）

健康保険に加入している方が病気の治療のために連続して3日以上休業している場合に支給されます。支給期間は休業4日目から1年6ヶ月、支給日は休業1日につき標準報酬日額の6割になります

◇生活保護

病気やケガなどで働けなくなったり、失業して収入が無くなったりと生活に困った時に国が最低限度の生活を保障する制度です。

※詳しくは各市町村の福祉事務所までお問合せ下さい



お願い

入院中の他医療機関の受診について

原則として当院入院中に他医療機関（歯科を除く）での診療や投薬を受けることはできません（ご家族が薬を受け取りに受診する、検査結果を聞きに受診する等も含みます）。

ただし、当院で出来ない専門的な診療が必要と判断された場合は、他医療機関を紹介させていただく場合もあります。

他医療機関での受診を希望される場合は事前に担当医にご相談ください。

服薬中のお薬をご持参ください

服用中のお薬（内服薬、外用薬）は、予定される入院期間に応じて、入院前にかかりつけの医療機関に処方してもらい、持参してください。

入院申込書

入院者	ふりがな		性別	カルテ番号	入院番号
	氏名		男女		

貴院に入院するには、私(任意入院の場合)と同意者並びに連帯保証人が連帯して以下の各項目を承諾の上入院申し込み致します。

- (1) 貴院の規則や指示を守ります。
- (2) 入院費・治療費等は貴院の規定に従い、所定の期日までに支払います。
- (3) 入院中の私物購入等預り金の受領・保管及び支払い等、金銭の授受を委託いたします。
- (4) 薬物療法・生活療法・作業療法・レクリエーション等を病状に応じて行う事ともない不慮の事態が生じても異議は申しません。
- (5) 上記(1)(2)(3)(4)を守れない場合は、退院の指示に従います。

令和 年 月 日

入院患者本人	ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成	
	氏名	(印)		年	月
	現住所			ご職業	
	本籍地	都道府県	電話		
同意者	ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成	
	氏名	(印)		年	月
	現住所			ご関係	
	本籍地	都道府県	電話		
連帯保証人	ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成	
	氏名	(印)		年	月
	現住所			ご関係	
	本籍地	都道府県	電話		

医療法人 狭山ヶ丘病院

院長 守屋雪夫 殿

保険外負担承諾書

保険外負担についての説明を受けましたが、

下記口に✓を付した項目の負担を承諾します。

私物購入金及び購入代行費 8,250円/月

おやつ代 140円/日
※入院月、退院月は日割での精算となります。

CSセット 649円/日

紙オムツ代 217円/枚（パンツ型）・173円/枚（パット型）

胸部レントゲン撮影代 （胸部車→2,000円程度、ポータブル機器→8,000円程度）
※胸部車での撮影が困難な場合、ポータブル機器での撮影となります。

インフルエンザ予防接種代

令和 年 月 日

ご本人氏名 _____ (印)

同意者氏名 _____ (印)

連保人氏名 _____ (印)

狭山ヶ丘病院 院長殿

入院患者預託金管理及び日用品購入業務等に係わる約定書

狭山ヶ丘病院（以下「甲」という）と入院患者 _____（以下「乙」という）
及び同意者 _____（以下「丙」という）並びに連帯保証人 _____

（以下「丁」という）は、乙の入院期間中の金銭管理と物品購入とについて下記の通り約定する。
ただし、この約定は「乙・丙・丁による物品の供給」という原則を補完するものである。

1. 乙・丙・丁は乙の預託金（私物購入等預り金）の管理と物品の購入業務を甲に委託する。
2. 乙・丙・丁が甲に預託する金銭の管理には、預金通帳・印鑑などの管理を含む。
3. 乙・丙・丁は甲に対し、委託した業務の対価として毎月8, 250円を支払う。
4. 甲は個人別の出納台帳を作成する等、委託業務を厳正に遂行する。
5. 甲は乙からの預託金をもって乙の求める物品を購入し、乙の用に供する。
6. 乙の求める物品の価額がおおむね3, 000円を超える場合、甲はその旨を購入に先立って丙・丁に連絡する。丙・丁は確実な連絡方法を甲に通知する。（ただし丙・丁より、事前の連絡が不要である旨の申し出を受けている場合には、この連絡を省略する）
7. 丙・丁は乙の求める物品の購入に不足をきたさぬよう預託金を補充する。
8. 甲は乙（もしくは丙・丁）の求めに応じ、入出金の状況と残高を会計窓口開設時間中いつでも開示し説明しなければならない。
9. 双方合意の上、入院費等病院へ支払うべき費目を預託金から引き落とす事ができる。
10. 甲は乙の退院時に預託金の残額を返却する。（ただし、乙・丙・丁の甲に対する債務の清算が完了した以降に限る）

- 購入金額の多寡に係わらず連絡を要しないことの申し出 (印) (印) (印) (印)
- 入院費等を預託金から引き落とすことについての同意 (印) (印) (印) (印) (印)

令和 年 月 日

甲 埼玉県狭山市水野1026番地
狭山ヶ丘病院 院長 守屋 雪夫 (印)

乙： 本人 住所 _____
氏名 _____ (印)

丙： 同意 住所 _____
氏名 _____ (印) 関係 ()

丁： 連保 住所 _____
氏名 _____ (印) 関係 ()

室料差額料金負担承諾書

第 病棟 号室への入室を希望します。

については同室の室料差額 1 日あたり 円の支払いを
承諾します。

なお、他の要差額病室へ移室した場合も、同様に差額料金の負担
を承諾します。

令和 年 月 日

ご本人氏名 _____ (印)

同意者氏名 _____ (印)

連保人氏名 _____ (印)

医療法人 狭山ヶ丘病院 院長 殿