

# 入院のご案内



指定管理者

医療法人 中庸会

花巻市石鳥谷医療センター

〒028-3163

岩手県花巻市石鳥谷町八幡5-47-2

電話：(0198) 45-3111 FAX：(0198) 45-3113

## 入院手続きについて

外来診察の結果入院が決まりましたら、所定の入院申込書にご記入のうえ、保険証、入院に係る証明書または認定証、受給者証をご提示ください。（保険種類等に変更がある場合は直ちに届け出てください。）

## 入院費用及び会計について

①入院料は治療に必要な経費から、保険診療で給付される額を除いた、自己負担及び部屋代（個室）の合計額となります。

②会計方法及び会計日

入院費用は、10日,20日,月末に締切り、請求書はその後5日程でお手元にお配りします。請求書をお受け取りになりましたら、1階「会計窓口」にお支払いください。

尚、窓口会計は現金にてお願い致します。（クレジットカードには対応していません。）

また、銀行振込での支払いも可能です。（振込の場合、振込手数料は別途ご負担下さい。）

## 入院される時の持ち物について

入院時は、○保険証(マ付保険証/資格確認書等) ○診察券 ○印鑑 ○お薬手帳  
○現在服用しているお薬(他の病院のものも全て) ○内履き(院内での履物)  
○時計(必要時のみ) 等 をご用意下さい。

病衣等に関しては、当院ではC Sセットカ・ホ・トをご利用いただくこととなります（別紙参照）。

なお、備え付けでない電化製品(TV・PC・冷蔵庫他)を持ち込んで利用される場合は、個室を除き、電気利用料を御負担いただく場合があります。

## 食事について

①食事時間

朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～

※配膳時間の目安です。時間は若干前後する場合がございます。

移動の可能な方は、2階ホール（食堂）でお召し上がり下さい。

②当院では特別メニュー食療法を行っており、雑穀入り主食を中心に、添加物の少ない季節に合わせた新鮮な食材を使用した食事を提供しています。

また、担当医師の指導の下に適切な栄養管理を行い、患者さんの状態に合わせた食事となっていますので、食べ物などの持ち込み・差し入れはご遠慮下さい。

## 面会について

①面会は、2階病棟看護師に申し出後に、看護師の指示に従って面会してください。

②面会時間は、原則9:00～17:30迄です。

※18:30以降は、防犯対策の為、玄関ドアを施錠しております。

18:30以降、緊急の面会等の場合は、玄関インターホンにてお申し出ください。

## 付き添いについて

病状、その他特別な事情で付き添い人を必要とする時は、ご家族の協力をお願いすることがあります。付き添いの方の寝具・食事(別途有料)はお出しします。

---

## 外出・外泊について

- ①外出の際は、ノートに必要事項を記入し、看護師に一声かけてください。
  - ②外泊は医師の許可を受け、外泊届を早めに提出してください。
  - ③外出・外泊の帰院予定時間は厳守してください。帰院時間が予定時間を過ぎる場合や、17:30以降となりそうな場合は、予めご連絡をお願い致します。
- 

## 療養上の相談について

- ①医療相談について  
いろいろな悩み・心配事・疑問等お持ちの方は、主治医、師長に気軽にご相談下さい。
  - ②栄養相談について  
管理栄養士が、栄養についてのご相談、食生活指導を行いますので、ご希望の方は看護師にお申し出下さい。
- 

## 退院手続きについて

- ①主治医から退院の許可があり、日時が決定しましたら退院の手続きをしますので、お知らせ下さい。
  - ②退院時は、その日までの入院費用を請求させていただきます（基本的に当日精算ではなく、後日請求とさせていただきます）。後程、当院へ金額をお問合せの上、お支払いいただきますようお願い致します。
  - ③入院料の精算は、1階の「会計窓口」にてお願い致します。
- 

## その他

- ①患者さんは、主体的に治療に取り組むよう心掛けて下さい。また、今迄の食事や、生活を見直すきっかけにして下さい。
- ②病院または主治医からの規則や指示が守れない場合、他の患者様の治療の妨げとなる場合は退院していただく事があります。
- ③入院中、体調を崩し救急搬送が必要な場合は、主治医に任せて頂きます。

## 患者さんにお願ひする事

- ①患者様の状態や治療等についての的確な判断を行う為に、家族歴、既往歴、アレルギーの有無など、自身の健康に関する情報を出来るだけ正確に伝えて下さい。
- ②処置室・ナースステーション及び1階診察室等に無断で出入りする事はご遠慮下さい。
- ③病院敷地内は禁煙となっております。院内、駐車場とも喫煙はお控え下さい。
- ④テレビゲームの使用は出来ません。
- ⑤盗難には十分ご注意下さい。事故防止の為、沢山の現金や貴重品はお持ちにならないようにお願い致します。
- ⑥敷地内での自家用車・バイク・自転車の事故等については、一切責任を持ちかねますので、各自の責任において使用して下さい。
- ⑦病室内のテレビはテレビカード式となっております。  
カードは食堂ホール販売機にて1枚1,000円（約14時間視聴可能）で販売しております。  
（使用済カードの残度数の清算は出来ません）
- ⑧消灯時間及び設備の使用時間  
消灯時間     . . .     21:00  
入浴時間     . . .     9:00 ~ 17:00（都合で時間外に入浴を希望される場合は、予め職員に御確認下さい）  
食堂TV     . . .     20:00迄
- ⑨電話利用の際は、1階公衆電話等をご利用下さい。
- ⑩携帯電話を使用する際は、他の患者様の迷惑にならないよう、ご配慮下さい。  
通話は、個室または食堂ホール付近でお願い致します。
- ⑪院内マナーについては別途。医師・看護師・職員等の指示に従ってください。

## 館内のご案内



# 入院申込書

|             |      |                        |        |           |  |    |
|-------------|------|------------------------|--------|-----------|--|----|
| 患者          | 現住所  | 〒                      |        |           |  |    |
|             |      | 電話 ( )                 |        |           |  |    |
|             | ふりがな |                        | 男<br>女 | 世帯主<br>氏名 |  | 続柄 |
|             | 氏名   |                        |        |           |  |    |
|             | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳) |        |           |  |    |
| 勤務先<br>及び職業 | 名称   |                        |        |           |  |    |
|             | 住所   | 〒                      |        |           |  |    |

|             |      |        |            |  |  |
|-------------|------|--------|------------|--|--|
| 保証人         | 現住所  | 〒      |            |  |  |
|             |      | 電話 ( ) |            |  |  |
|             | ふりがな |        | 患者と<br>の関係 |  |  |
|             | 氏名   |        |            |  |  |
| 勤務先<br>及び職業 | 名称   |        |            |  |  |
|             | 住所   | 〒      |            |  |  |

貴院に入院を希望しますのでご承認ください。

なお、このたび入院するにつきましては、下記事項を守りますこと保証人と連帯の上約束致します。

- 入院療養に関する諸規則を守り、医師、看護師及びその他職員の指示に従います。
- 食事療法においての定款に同意します。
- 入院料その他の諸料金は、その指定日までに支払います。
- 患者の身上に関しては保証人が一切を引き受けます。
- 生活介助が必要な方は、貴院の指示により必ず付き添いを行います。

医療法人中庸会 花巻市石鳥谷医療センター 院長殿

令和 年 月 日

【お願い】

※太線の中だけ記入お願い致します。

※保証人は、諸料金の支払い能力のある方をお願い致します。

※この入院申込書は、入院時に記入捺印の上、ナースステーションに提出願います。

|     |       |         |
|-----|-------|---------|
| 院 長 | 副 院 長 | 看 護 師 長 |
|     |       |         |

ご家族の皆様へ

当、花巻市石鳥谷医療センターから 利用者の皆様に関し、ご家族の方々へ連絡する場  
 合に必要な一覧表です。また、家族構成の変更もあるかと思われますので、ご面倒でも記入  
 の上、提出願います。

### ご家族への連絡先

令和 年 月 日 現在

|   | 本人との続柄 | 連絡者の氏名 | 連絡場所（自宅・勤務先） | 電話番号 |
|---|--------|--------|--------------|------|
| 1 |        | フリガナ   | 自宅住所         | 自宅   |
|   |        |        |              | 携帯電話 |
|   |        |        | 勤務先名         | 勤務先  |
| 2 |        | フリガナ   | 自宅住所         | 自宅   |
|   |        |        |              | 携帯電話 |
|   |        |        | 勤務先名         | 勤務先  |
| 3 |        | フリガナ   | 自宅住所         | 自宅   |
|   |        |        |              | 携帯電話 |
|   |        |        | 勤務先名         | 勤務先  |
| 4 |        | フリガナ   | 自宅住所         | 自宅   |
|   |        |        |              | 携帯電話 |
|   |        |        | 勤務先名         | 勤務先  |
| 5 |        | フリガナ   | 自宅住所         | 自宅   |
|   |        |        |              | 携帯電話 |
|   |        |        | 勤務先名         | 勤務先  |

※連絡必要時、1番目の方から連絡させていただきます。つながらない場合、2番目以降の方へ連絡させていただきます。

※必ずすべての連絡先の方の同意を得た上でご記入願います。

※転居・転勤等で連絡先変更の際にも連絡をお願い致します。

外出時・外泊時に於いて、事故等（事故・けが等）があった場合は、

自己の責任とし病院側に一切のご迷惑をおかけしません。

令和 年 月 日

署名 ⑩