

入院から退院までの流れ（目次）

1 ご入院のご予約

外来受診をしていただいた後、主治医よりご入院のご案内をいたします。

2 ご入院日のご連絡

ご入院日が決まりましたら、当方よりご連絡いたします。その際、看護師・職員よりご入院に当たって必要な手続き等のご説明をさせていただきます。

3 ご入院当日の受付

入院当日はご連絡した時間までに受付窓口までお越しください。

4 ご入院

ご入院中に関する疑問がございましたら、右記項目のページをご覧ください。

5 ご退院

ご退院日が決まりましたら、当方よりご連絡いたします。その際、看護師・職員よりご退院に当たって必要な手続き等のご説明をさせていただきます。

原則**11:00**までにご退院していただきますようお願いいたします。

入院手続き

3P

入院時にご持参
いただくもの

4P

入院病室

5P

入院中の食事

6P

ご利用できる病院内
の設備

7P

入院中に守って
いただくこと

8P

面会・付き添い

9P

ご請求・お支払い

10P

相談窓口

11P

教室のご案内

12P

個人情報保護方針

13P

入院時に提出して
いただく書類

14P



1 入院手続きについて

受付時間 8:30～17:15(土・日・祝祭日及び年末年始を除く)

※上記時間外は、救急外来受付にて行います。

ご入院の手続きには次のものをご準備ください。(□欄に「✓」を入れてご確認ください。)
(入院申込書等は本冊子の14ページ以降にあります。入院申込書等の記入についてご不明な点がございましたら、職員までお尋ねください。)

① 受付窓口(医事課)に提出していただくもの

- 診察券(お持ちの方)
- 健康保険証・後期高齢者医療被保険者証・限度額適用認定証等
- 入院申込書 退院証明書(お持ちの方) 印鑑

※ ご入院中、健康保険証等に変更があった場合は、必ず受付窓口にて提示してください。
※ 保険証が確認できない方は自費診療として全額負担いただく場合があります。



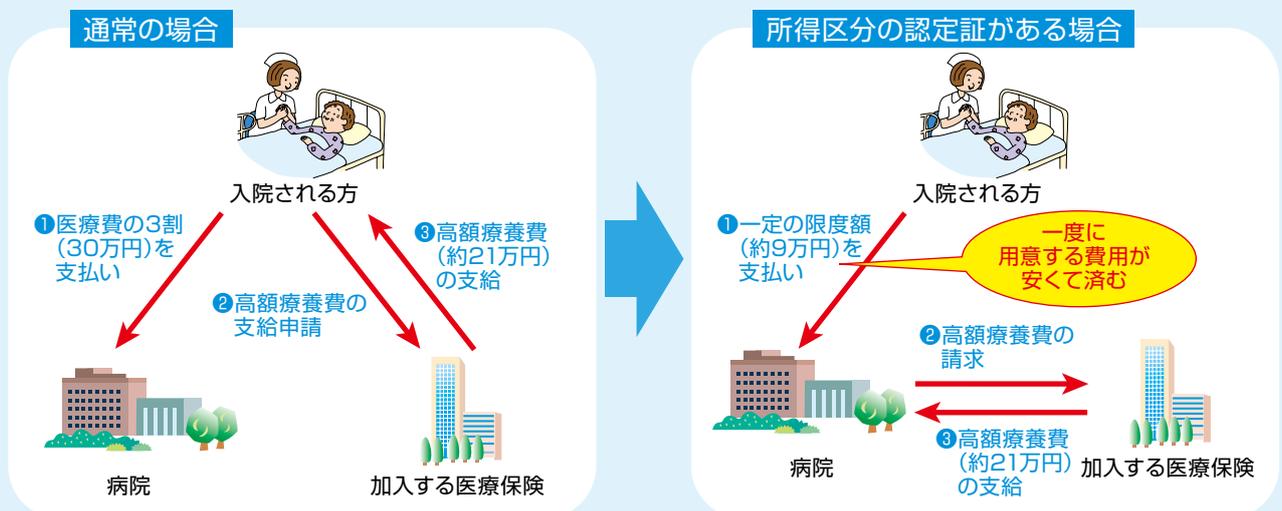
② 入院する病棟の担当看護師に提出していただくもの

- 問診票 寝具借用書
- 入院時注意事項説明書 個人情報の保護について(申出書)

《限度額適用認定証・標準負担額減額認定証とは?》

医療機関窓口での支払い(保険適用分)が高額療養費の自己負担限度額を超えた場合は、申請により、超えた分を支給されますが、申請から支給まで早くても3ヶ月かかります。
あらかじめ、限度額適用認定証の交付を受けておけば、医療機関窓口にて提示することで窓口での支払いは自己負担限度額までとなります。また、非課税世帯の方は、あらかじめ標準負担額減額認定証を窓口にて提示することで、入院時の食事代が減額されます。
ご入院の前に、ご自身が加入している健康保険(事業所又は市町村)で手続きをしてください。

[例] 100万円の医療費で、窓口の負担(3割)が30万円かかる場合



※追加説明及び負担額の詳細等は巻末資料をご参照下さい

2 入院時にご持参いただくもの

ご入院の際には、下記をご準備ください。(□欄に「✓」を入れてご確認ください。)

※お荷物の搬出入には、玄関等にカートを用意しておりますのでご利用ください。

1 洗面・洗髪用具

- 洗面器
- シャンプー・リンス・せっけん
- 歯みがき用具
- ヘアブラシ・髭剃り



2 食事用具

- 湯のみ茶碗・スプーン・フォーク

3 その他日用品

- 寝衣(パジャマ)・下着類
- タオル・バスタオル
- ゴミ箱 入れ歯ケース
- ティッシュペーパー・ウェットティッシュ
- スリッパ(滑らないもの)又はリハビリ靴や上履き(院内での転倒防止の為、できるだけ靴タイプのもので用意ください。)
- その他 医師・看護師より指示があったもの

※おむつは病棟で準備しておりますので必要な方はお申し出ください。

【注意事項】

- 危険防止のため、はさみやナイフ等の刃物類の持ち込みはご遠慮ください。(病棟に貸し出し用を準備しております。)
- お荷物は最小限にまとめてお持ちください。

4 お薬

- 現在服用中のお薬(当院・他院にかかわらず、すべてご持参ください)
- お薬手帳
- 薬の説明書
- 薬の袋

《院内で出たゴミは どうしたらいいの?》

山鹿市民医療センターでは、ゴミの削減と分別収集を行っておりますので、下記の分別方法により廃棄していただきますようご協力をお願いします。

なお、お見舞いの方が排出されました弁当殻等のゴミにつきましては、お持ち帰り頂きますよう重ねてお願いします。

燃えるゴミ	プラスチック類	ペットボトル	缶・びん類

※おむつは、汚物処理室へ。燃えるゴミに入れなくてください。

3 入院病室について

4人部屋

- 各ベッドに、テレビ・冷蔵庫・ロッカー付きの床頭台を備えております。
- テレビ・冷蔵庫はプリペイドカードをご使用ください。プリペイドカードは、各階の談話室に設置している自動販売機でお買い求めください。(1枚1,000円)プリペイドカードの未使用分は、1階売店横の自動精算機で払い戻しできます。
- テレビ・ラジオをご使用の際は、設置しているイヤホンを使用してください。
※退院時にイヤホン代として216円請求させていただきます。

個室

個室をご希望の方は、病棟看護師長にお申し出ください。

※可能な限り患者さまの希望を優先しますが、病床の空きがない場合、治療や看護の必要性から4人部屋から個室へ、個室から4人部屋へ移動していただく場合がありますので、ご了承ください。

部屋名	病棟	1日の料金	設備
S室	3階・4階・5階	7,560円	バス・トイレ・洗面台・テレビ・ソファベッド・テーブル・ミニキッチン・冷蔵庫・電子レンジ・電話・ワードローブ
A室	3階・4階 緩和ケア病棟	5,400円	トイレ・洗面台・テレビ・電話・机・椅子・冷蔵庫・ワードローブ・ソファベッド
B室	2階・3階・4階・5階 緩和ケア病棟	3,240円	トイレ・洗面台・テレビ・電話

※1日の料金は、0時から24時までです。

(参考)午後10時に入院し、翌日午前10時に退院の場合は、2日分の料金をお支払いいただくことになります。

※現金は必ず鍵のかかる引き出しに入れ、鍵はご自分で保管してください。

※お部屋の名前表示については表示を原則としますが、患者さま・ご家族のご意向で表示を希望されない場合は、看護師にお申し出ください。

S室



A室



A室(緩和ケア病棟)



4 入院中の食事について

地元で採れた新鮮な旬の食材を仕入れて調理し、入院患者さまにご満足していただける「安心安全」な食事を提供できるようところかけております。

① 食事の時間について

	朝食	昼食	夕食
配膳時間	8:00	12:00	18:00
締切時間	前日の18:30まで	当日の10:00まで	当日の16:00まで

※外出、外泊を希望される方で食事が不要の場合（ただし、治療上必要な場合は除く。）は、必ず締切時間までに病棟スタッフへご連絡ください。調理業務上、締切時間までに食事中止のご連絡をいただけない場合は、食費をご負担いただきますのでご注意ください。

② 食事メニューについて

【食事の一例】 月1回のお弁当や季節毎に行事食もお楽しみください。



※特定の食品によってアレルギー症状が出る方は個別対応食で提供しておりますので、お気軽に職員スタッフにお申し付けください。

産科食	さわやか食
<p>出産前後の体調にあわせた食事のほか、おやつや出産祝い膳を提供しています。（上記写真は出産祝い膳）</p>	<p>主に緩和ケア病棟にご入院されている患者さまを対象に、食欲や体調にあわせた食事を提供しています。</p>

毎食、食札をつけています。表は食種・主食・氏名を、裏に献立・1食分の栄養価(食種によっては非表示)を記載しております。



※食種が「常食」と記載されている方は、週2回特別メニューを申し込みできます。一食当り17円の自己負担となりますが、いつもの食事内容を変更できます。対象の方は配膳時「特別メニュー希望申込書」を配布致しますのでお選びください。

《入院中に食生活を見直してみませんか？》

当センターでは、患者さまの病状や年齢、体格にあわせ、医師の指示のもと、一般食、治療食(疾患にあわせた食事)をご用意しています。また、入院中、管理栄養士による栄養指導を受けていただくこともできますので、この機会にご自身の食生活を見直して、退院後も適切な食生活を心がけてみませんか？

5 ご利用できる病院内の設備について

売 店

営業時間／平 日 8:30～18:00

土・日・祝日 9:00～14:00

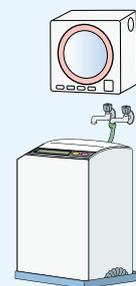
飲み物・弁当・パン・お菓子・新聞・雑誌・本他、
入院に必要な品物は揃えることができます。



コイン ランドリー

各病棟の洗濯室にコインランドリー(有料)を設置
しています。(洗剤等は各自ご準備ください。)

ご利用時間／8:00～20:00まで



郵便ポスト

郵便ポストは玄関前にあります。切手・
はがきは売店で販売しています。



A T M

1階待合ロビー横に肥後銀行のATMが
ございます。

営業時間／平日 9:30～18:00

(平日のみの営業です)



自動販売機

飲料水の自動販売機

救急外来(夜間)出入口

1階受付窓口横

5階談話室

テレビカード自動販売機

各階談話室



6 入院中に守っていただくこと

入院中は療養に専念していただくため、他の患者さまに迷惑をおかけしないため、以下の事項をお守りください。

- ① 入院療養については医師及び看護師の指示をお守りください。
- ② 飲酒は厳禁となっています。また、喫煙については
病院敷地内全面禁煙となっています。(即時退院していただく場合もあります。)
- ③ 携帯電話は医療機器に支障が出る恐れがあるため、使用可能区域
(1階ロビー・各階談話室)以外では使用しないでください。
公衆電話は各階談話室と1階ロビーにございます。
(テレホンカードは売店で販売しております。)
- ④ 外来の患者さまやお見舞いの方の駐車場が不足しています。
入院中の駐車場の利用はご遠慮ください。
- ⑤ 病室に持ち込む私物は必要最低限の身の回りのものにとどめてください。
- ⑥ トイレや洗面所等の共有部分は、特に清潔にご使用ください。また、トイレは備え付けの
トイレトペーパー以外は流さないでください。
- ⑦ 職員への謝礼等は一切お断りしています。ご了承ください。
- ⑧ 消灯時間は 21:00 となっています。ご協力をお願いします。
- ⑨ 盗難防止のために必要以上の現金や貴重品は持参しないでください。
また、入歯・補聴器・メガネなどを使用中の方は、専用のケースをご持参ください。現金や
貴重品は備え付けのセーフティーボックスをご利用ください。自己管理できる方は、患者
さまご自身で管理をお願いします。(なお、セーフティーボックスの鍵を紛失された場合
は、実費負担していただきます。)
万一、盗難・紛失等が発生しましても、当院は責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑩ 入院中の他院への診察は原則できませんが、必要な場合は看護師にお伝えください。
- ⑪ 地震・火災など非常時は、病院職員の誘導・指示に従ってください。エレベーターは使用
しないで、非常階段をご確認ください。

7 面会・付き添いについて



●患者さまとの面会時間

《一般病棟》

平日	13:00~20:00
土・日・祝日	10:00~20:00

《HCU(高度治療室)》

平日	14:00~15:00 19:00~20:00
土・日・祝日	11:00~12:00 14:00~15:00 19:00~20:00

- ※ 面会は患者さまの症状によってはお断りすることがあります。
- ※ 面会は他の患者さまの迷惑にならないよう、静かに短時間をお願いします。
- ※ 病室内での飲食は固くお断りします。
- ※ 病室へ入室される際には、備え付けの消毒液で消毒をお願いします。

●付き添いについて

入院中は、付き添いの必要はありませんが、患者さまの病状に応じて、ご家族の希望があり、医師が認めた場合に限り、ご家族の付き添いができます。その際は「家族付き添い許可証」が必要となりますので、看護師にお申し出ください。

※付き添いベッドは貸出(一般病棟108円・緩和ケア病棟216円)できますが、お布団は貸出はありませんので用意ください。また、家族控え室のご利用もできますので、希望される方は看護師にお申し出ください。

《外出・外泊するときは》

- 外出・外泊を希望される場合は、主治医または看護師にご相談ください。
- 許可がでましたら「外出・外泊許可願」に記載し、スタッフステーションに提出してください。
- 「外出・外泊許可証」は必ず携帯し、帰院後スタッフステーションに提出してください。
- 帰院時間が遅れる場合は、必ず病棟にご連絡ください。
- 無断での外出・外泊は強制退院となる場合もあります。

《健全な入院生活を送るために》

身体に起こった異常や辛い症状などのストレス、入院による急激な環境の変化などが影響し、時間・日付・場所が分からなくなったり、急に騒いで怒りっぽくなったり、落ち着きがなくなったり、何も無いところに何かが見えたり・・・といった、一見すると人が変わったような症状を一時的に起こすことがあります。この症状が起こった場合、安静が守れず歩き回ったり、点滴を抜いてしまったり、ベッドから落ちてしまったり・・・と、一歩間違えれば病状を悪化させ、事故につながる場合があります。

そこで必要なのがご家族との面会です。心許せる人との話で笑ったり、怒ったりすることで病院にいることの不安や寂しさが少なくなります。

さらにカレンダーを持ってくることや外の空気を吸うこともいいでしょう。是非ご家族の方がご入院された際は、日中病院へ足を運んでもらい、一緒にお話をしていただければと思います。

分からないことがありましたらいつでも主治医や看護師まで質問してください。

8 ご請求・お支払いについて

●入院診療費のご請求について

入院診療費は退院日にご請求させていただきます。

なお、ご入院期間が月をまたぐ患者さまは前月末までの入院診療費を毎月12日頃にご請求させていただきます。

●入院診療費のお支払について

入院診療費等のお支払いは1階会計窓口でお支払ください。

お支払い時間 月曜～金曜 8:30～17:15

上記時間外は1階防災センター(救急外来受付)です。



※各種クレジットカードでのお支払いも可能です。 

なお、経済的にお支払いが困難である場合、相談をお受けしますので、受付窓口にお気軽にご相談ください。

●診断書・証明書等について

入院に関わる各種診断書については、受付窓口へお申込みください。

《入院に係る費用について》

①入院医療費の計算について

山鹿市民医療センターでは入院医療費の計算は、DPC(診断群分類包括評価制度)を導入しています。DPCとは、病名や手術、処置等の内容に応じた1日当たりの定額の医療費を基本として全体の医療費の計算を行うものです。

入院医療費＝〔診断群分類毎の1日当たり診療費〕×〔入院日数〕×〔医療機関別係数〕
＋〔出来高算定の診療費〕＋〔食事療養費等〕

※工作中的の事故や交通事故による疾病とは関係のない私病(糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病等)の治療は労災や自賠責保険の適用とはなりませんので、私病にかかった治療費や治療食としての特別食(1食あたり76円)の費用が別途発生します。

②高額療養費及び食事減額制度について

入院療養費については、健康保険制度において自己負担限度額が定められており、それを超える支払いをされた場合、払い戻しされます。また、非課税世帯の方については入院中の食事代についても限度額適用認定証又は標準負担額減額認定証の提示により減額されます。詳しくは3ページ下段及び巻末を参照ください。

③選定療養費について

同一病気で通算180日を超えて入院されている患者さまには、一部負担金、食事療養費等とは別に選定療養費として以下の金額をご負担いただくことをご了承ください。

一般病棟入院基本料の方	1日につき 2,570円(1,591点)
特定入院基本料の方	1日につき 1,560円(966点)

※通算入院期間180日は、当院における入院期間でなく、他の医療機関に入院されていた期間も含まれます。

但し、前回の入院とは異なる病気で入院する場合、過去3ヶ月以上入院しなかった場合、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設等に入所されていた場合については、通算入院期間の算定対象とはなりません。また、難病等の患者さまについては対象とならない場合があります。なお、他の医療機関で発行された「退院証明書」をお持ちの方は入院時に受付窓口までご提示ください。

④保険適用外の費用について

入院診療費のうち、以下の費用については保険適用外となり、全額自己負担となります。

・室料差額(個室を利用した場合) ・診断書等の文書料 ・紙オムツ、容器等

9 相談窓口について

●医療福祉相談について

入院中の患者さまが安心して療養に専念し、一日も早く心身ともに回復されますよう、療養等に関する心配事の解決をお手伝いしています。お気軽にご相談ください。

(月曜～金曜 9:00～17:00)

- ・ 介護保険制度の利用に関すること
- ・ 入退院、転院及び施設入所に関すること
- ・ 医療費のお支払いに関すること
- ・ 医療費助成制度に関すること
- ・ 身体障害者手帳、障害年金の手続きに関すること
- ・ 退院後の療養、生活に関すること 等



●がん相談支援センターについて

当院にはソーシャルワーカーや看護師等が患者さまや家族あるいは地域の方々に、がんに関する情報(病気のことや治療法、今後の療養や生活のこと、医療費に関することなど)を提供する、がん相談支援センターを設置しています。お気軽にご相談ください。

→詳しくは地域医療連携室(1階)まで

《病院機能の紹介》

●訪問看護事業

山鹿市民医療センターは、がん診療分野において平成25年4月1日から緩和ケア外来を開設し、在宅緩和ケア患者さまへの支援を行っています。また、自宅、ケアハウス、有料老人ホーム等で痛みをコントロールしながら生活を続ける在宅緩和ケア患者さまを対象として、自宅等を訪問し、診療の世話及び必要な診療の補助を行い、切れ目のないシームレスな身体的、精神的なケアを提供することを目的として平成25年4月より訪問看護を行っております。

●地域医療連携について

山鹿市民医療センターは急性期の疾患患者さまに対して、適正な医療を提供する病院として機能いたします。このため、鹿本郡市医師会や老人保健施設等と密接に連携し、それぞれの機能に応じた役割分担により、患者さまの疾病を地域全体で管理する体制の構築を目指しています。

●開放型病床の設置について

山鹿市民医療センターには開放型病床を設置しています。開放型病床とは、地域の医療機関からの紹介による入院患者さまを受け入れる病床のことをいいます。紹介により入院されますと、必要に応じて紹介元の医療機関の医師と当センターの医師が共同で患者さまの診察を行い、今後の治療方針や退院後の療養等について説明(共同指導)します。(なお、共同指導を実施した場合、別途『開放型病院共同指導料』が発生します。ご了承ください。)

《その他》

●臨床実習の受入れについて

当院は教育研修病院として、医師・看護師等の臨床実習を行っております。学生の育成のために、ご理解とご協力をお願いいたします。

10 病院内で開催している教室等について

当センター内では健康づくりの手助けとなる教室を開催しています。お気軽にご参加ください。教室の詳細については病院スタッフまでお問合せください。

① 子育てサークル「フェアリー」

乳幼児を育てているママたちが中心となって運営する子育てサークルです。子育て中のママとベビーちゃんが集まって、子育てに関する相談・学習会などの情報交換や楽しい催し物を行っています。

- 開催：月1回
- 参加費：あり（100円程度）



② ヨガ教室（マタニティヨガ&産後ママとベビーヨガ教室）

当センターで妊娠管理16週以降の方で医師の許可を受けられた方、産後1ヶ月を経過したママとベビーちゃんが集まって、専門のインストラクターによるヨガの指導が受けられます。

- 開催：月2回
- 参加費：あり



③ がんサロン

がん患者さま及びそのご家族、その他がん医療等に関心をお持ちの方はどなたでもご自由に参加できます。
（ミニレクチャー・交流会等）

- 開催：偶数月の第1土曜日
（不定期にて、ポスター、広報誌にてお知らせします）
- 参加費：無料



④ 糖尿病教室

食品のカロリーを当てるクイズや、実際に食物の重さを量るなど生活の中で役立てていただけるような内容の話や、代謝内科の医師・管理栄養士・看護師・薬剤師・理学療法士・臨床検査技師による専門的な話も聞くことができます。

- 開催：年2回
- 参加費：無料

11 個人情報保護方針について

当センターは、個人の権利・利益を保護するために、個人情報を適切に管理することを社会的責務と考えます。個人情報保護に関する方針を以下のとおり定め、職員及び関係者に周知徹底を図り、これまで以上に個人情報保護に努めます。

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、利用及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（患者さま）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、別に定める内部規則により、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. 診療情報の提供・開示

診療情報の提供・開示に関しては、別に定めます。

問い合わせ窓口

個人情報に関するお問い合わせは、各部署責任者または以下の窓口をご利用ください。



山鹿市民医療センターにおける個人情報の利用目的

1) 山鹿市民医療センター内部での利用

1. 患者さまへの医療サービスの提供とその向上
2. 患者さまに提供した医療サービスに関する医療保険事務、会計、経理
3. 患者さまの入院中の安全管理、入退院等の病棟管理
4. 医療事故等の報告
5. 医療実習への協力
6. 医療の質の向上を目的とした症例研究
7. その他患者さま等に関する管理運営業務

2) 他の事業者等への情報提供を伴う利用

1. 他の医療機関等との連携
2. 他の医療機関等からの照会への回答
3. 患者さまの診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
4. 検体検査業務の委託その他の業務委託
5. 患者さまの家族等への病状説明
6. 医療保険事務の委託
7. 審査支払機関へのレセプト（診療報酬明細書）の提出
8. 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
9. 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
10. 医療賠償責任保険等に係る、医療に関する専門団体等への相談又は届出等
11. その他患者さま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. 学生の実習への協力
3. 症例研究
4. 外部監査機関への情報提供

上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意できないものがありましたら、その旨を個人情報保護窓口までお申し出ください。

お申し出のないものにつきましては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。

個人情報保護窓口 医事課
山鹿市病院事業管理者

豊永 政和

12 入院時に提出していただく書類

ご記入後、切り取ってご提出ください。

1 病院窓口(医事課)へ提出していただく書類

- ① 入院申込書

2 入院する病棟の担当看護師に提出していただく書類

- ② 問診票
- ③ 寝具借用書
- ④ 個人情報の保護について(申出書)
- ⑤ 入院時注意事項説明書
- ⑥ アンケート



入院申込書

(宛先) 山鹿市病院事業管理者

年 月 日

山鹿市民医療センターへの入院を申し込みます。

入院中、山鹿市民医療センターの規則及び指示を遵守します。また、診療費等の諸費用の支払いについては、一切ご迷惑をおかけいたしません。

入院日	年 月 日 (曜日)			
診療科	<input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 代謝内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア科 <input type="checkbox"/> ()			
保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox">公務災害 <input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>その他()</input>			
入院患者	住所	県 市・区 町・村		
	ふりがな氏名	印	男・女	M・T・S・H 年 月 日生 歳
	職業・勤務先			
	電話番号	(自宅) — — (携帯) — — (職場) — —		
身元引受人	住所	県 市・区 町・村		
	ふりがな氏名	印	男・女	入院患者との関係
	職業・勤務先			
	電話番号	(自宅) — — (携帯) — — (職場) — —		

※ 身元引受人はできる限り世帯主又はご家族の方をお願いします。

診療費等支払保証書

上記入院患者及び身元引受人が診療費等諸費用の支払を履行しない場合、私が全額支払うものとし、市民医療センターに一切迷惑を掛けないことを保証します。

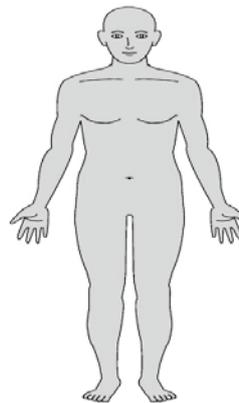
連帯保証人	住所	県 市・区 町・村		
	ふりがな氏名	印	男・女	M・T・S・H 年 月 日生 歳
	職業・勤務先			
	電話番号	(自宅) — — (携帯) — — (職場) — —		

※ 保証人は患者さまとは別世帯で独立した生計を営む人で支払能力を有する成年者をお願いします。

問 診 票

お名前		年齢	歳	入院日	
本人TEL	緊急連絡先TEL	身長	cm	体重	kg
施設入所名称					
年 月 日					

現在の症状についてお尋ねします

いつからどんな症状がありますか？	 <p>痛み・麻痺・しびれ・床ずれ等の部位に○をつけてください。</p>
今までにかかった病気についてご記入ください	

ご入院について

今回の病状や入院について医師から説明を受けましたか？	はい いいえ	『はい』の方は説明の概要をご記入ください。						
医師の説明についてどのように受け止められましたか？								
ご入院に際して不安や悩みはありますか？								
入院生活に対するご希望はありますか？								
退院後のご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院（ ） <input type="checkbox"/> 施設（ ）						
病室のご希望はありますか？ <small>病棟や症状の状況により、ご希望の部屋をご用意できない場合もございます。ご了承ください。</small>	はい いいえ	<input type="checkbox"/> 大部屋（4人部屋）希望 <input type="checkbox"/> 個室希望 <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/>S室</td><td>7,560円/1日</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>A室</td><td>5,400円/1日</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>B室</td><td>3,240円/1日</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> S室	7,560円/1日	<input type="checkbox"/> A室	5,400円/1日	<input type="checkbox"/> B室	3,240円/1日
<input type="checkbox"/> S室	7,560円/1日							
<input type="checkbox"/> A室	5,400円/1日							
<input type="checkbox"/> B室	3,240円/1日							

※ 入院に関してご相談がございましたら、病棟看護師長又は地域医療連携室までお気軽にご相談ください。

介護状況等について

身体障害者手帳はお持ちですか？	はい いいえ	『はい』の方は等級等をご記入ください。
介護認定は受けられていますか？	はい いいえ	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定期間 年 月 日 まで
主な介護者はどなたですか？	氏名	続柄
ケアマネージャーはどなたですか？	氏名	
患者さまのことについて一番相談できる方はどなたですか？	氏名	続柄
身の回りのことをご自身でどの程度できますか？	食 事 (自分でできる 手助けが必要 自分でできない)	
	入 浴 (自分でできる 手助けが必要 自分でできない)	
	身づくろい (自分でできる 手助けが必要 自分でできない)	
	着 替 え (自分でできる 手助けが必要 自分でできない)	
	用 便 (自分でできる 手助けが必要 自分でできない)	
	歩 行 (自分でできる 手助けが必要 自分でできない)	

最近の体調についてお尋ねします

食欲はありましたか？	旺盛・普通・不振	
食事の種類はどうでしたか？	普通食・お粥・流動食	
睡眠の状況はどうでしたか？	よく眠れる・眠れない	睡眠薬を飲用されている方はお薬の名前をご記入ください。
体重の変化(ここ3ヶ月)はどうでしたか？	増加・不変・減少	kgくらい 増加した 減少した
体のむくみはありますか？	はい いいえ	『はい』の方は体の部位をご記入ください。
息苦しさ・息切れはありますか？	はい いいえ	『はい』の方は症状をご記入ください。
咳が出ますか？	はい いいえ	『はい』の方は症状をご記入ください。
酸素療法を受けていますか？	はい いいえ	
皮膚に湿疹がありますか？	はい いいえ	『はい』の方は体の部位をご記入ください。
かゆみはありますか？	はい いいえ	『はい』の方は体の部位をご記入ください。
入れ歯を使用されていますか？	はい いいえ	
味覚はありますか？	はい いいえ	
耳が聞こえにくいですか？	はい いいえ	
補聴器は使用されていますか？	はい いいえ	
視力に問題はありますか？	はい いいえ	<input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 老眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他()
意識障害はありますか？	はい いいえ	
認知症状はありますか？	はい いいえ	
尿の回数はどうでしたか？	1日 回	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 尿が近い <input type="checkbox"/> 尿が残った感じがする <input type="checkbox"/> 尿をもらす <input type="checkbox"/> 排尿するとき痛みがある <input type="checkbox"/> その他()
便の回数はどうでしたか？	1日 回 (下剤の使用 有・無)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 便をもらす <input type="checkbox"/> 便が残っている感じがする <input type="checkbox"/> その他()
(女性の方) 月経について	順 不順	最終月経 閉経 月 日から 日間 歳
アルコールを飲みますか？	はい いいえ	『はい』の方は1日の飲酒量をご記入ください。
タバコを吸いますか、又は吸っていましたか？	はい いいえ	吸われている又は吸われていた方は本数をご記入ください。 1日 本 年間 吸っている・吸っていた
現在服用しているお薬はありますか？	はい いいえ	『はい』の方はお薬の名前をご記入下さい。
お薬はご自身で管理されていますか？	はい いいえ	『いいえ』の方はお薬を管理されている方の名前をご記入ください。
お薬手帳はお持ちですか？	はい いいえ	
定期健康診断を受診されていますか？	はい いいえ	

記入後は看護師にお渡しください。

寝具借用書

下記寝具を借用致しました。然る上は上記物品を大切に使用する事は勿論のこと、万が一使用中私の不注意により著しく汚損又は紛失した場合は私の責任にて弁償することを誓います。

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印 _____

寝具の処理に関する医師の指示事項	掛 布 団	枚
	敷 布 団	枚
	毛 布	枚
	枕	枚
	掛 包 布	枚
	毛 包 布	枚
	敷 布	枚
	枕 カバ ー	枚
		枚
		枚
		枚

***** 以下 病院記入欄 *****

患者病室	階 号室	負担区分	
傷病名	入院年月日		
	退院年月日		
返却	退院日 年 月 日	師長確認印	
備考			

個人情報の保護について（お願い）

山鹿市民医療センターでは、個人情報保護法に基づき、下記の情報について原則患者様の同意を得なければ利用しません。

- 1 患者様を診察、治療するために利用する情報（治療のための結果報告等）
- 2 患者様の診療費を請求するために利用する情報（診療報酬明細書による保険請求事務等）
- 3 病院の管理運営のために利用する個人情報（会計・管理・医療事故の報告等）
- 4 その他、企業等から委託を受けて行う健康診断の企業への結果報告等

※詳細につきましては、院内に掲示しております。ご不明な点がございましたら、病院窓口までお尋ね下さい。

申 出 書

年 月 日

（宛先） 山鹿市病院事業管理者

氏名

印

私の個人情報の利用について、下記のとおり申し出ます。

- 1 病室入口への氏名の表示 （ 表 示 す る ・ 表 示 し な い ）
- 2 外部からの電話等による問合せ （ 応 じ て よ い ・ 応 じ な い ）
- 3 お見舞いの方が来院された場合 （ 案 内 し て よ い ・ お 断 り す る ）

入院時注意事項説明書

●思いがけない事故

入院生活は、日常生活とは大きく環境が変わることにより、日頃大丈夫と思われることでも戸惑いを生じたり、病気や怪我からの体力や運動機能の低下によるベッドからの転落、廊下や階段で転倒することが少なくありません。

その結果、打撲、骨折、頭部打撲による頭蓋内出血等を起こし、検査確認のため、CT撮影やレントゲン等の検査を行うことがあります。

●転倒・転落防止のために

山鹿市民医療センターでは、入院患者さまの「転倒・転落防止」のため、機能障害の程度、活動状況及び治療内容から、転倒・転落の危険性をチェックし、その内容に応じた看護計画に沿ってケアを実施いたします。

●転倒・転落防止対策にご理解を！

山鹿市民医療センターでは、転倒・転落の危険性が高い患者さまにつきましては、緩衝マットや離床センサーマットを利用させていただくことがあります。これは転倒・転落により受傷し、長期療養を余儀なくされることを防ぐための措置ですのでご理解をお願いいたします。

●転倒・転落事故を防ぐために・・・

- ・履物は、履きなれた歩きやすいものを使用してください。ゴム底の運動靴は転倒予防に有効です。
- ・パジャマは体に合った長さのものを着用ください。
- ・尿器やポータブルトイレを使用することもあります。（使用の際は看護師が説明します。）
- ・ベッド周りに柵を設けることがあります。
- ・以下の場合には看護師が付き添いますので「ナースコール」でお知らせください。
トイレ、入浴、検査等でベッドを離れる際、介助が必要な方
めまい、しびれ、発熱、睡眠薬使用等でふらつきがある場合や、歩行に自信がない場合

●転棟・転室について

山鹿市民医療センターでは、患者さまの症状に合せた病床を選択していますが、緊急もしくは重症な患者さまの来院等の事情により転棟・転室（入院しているフロアやお部屋が変わること）をお願いすることがあります。

●転院について

山鹿市民医療センターは、地域医療支援病院の承諾を受けた急性期病院で、地域の診療所や病院から紹介のあった緊急もしくは重症な患者さま、救急搬送される患さまを中心に高度で専門的な医療を24時間体制で提供する病院です。そのため、常時入院ベッドを確保しておく必要があることから、当センターで必要な専門的医療により症状が安定した患者さまには、入院治療をするための療養病床・回復期リハビリ病床・特殊疾患療養病床等を有する病院や介護施設等への転院をお願いしておりますが、転院後につきましてもしっかり患者さまをフォローさせていただきます。また、在宅療養を希望される際には、当センター訪問看護室や地域の訪問看護ステーションと連携してお手伝いさせていただきます。

《ご了承下さい》

転院先の病院等につきましては、できるかぎり患者さまのご希望に沿った病院等をご紹介しますが、転院先の病院のベッドの空き状況によっては山鹿市外（熊本市・玉名市・菊池市など）への転院となる場合もあります。（外来患者さまにつきましても症状が安定しましたら、お近くの診療所や医院をご紹介しますのであります。）

●かかりつけ医を持ちましょう。

かかりつけ医をもつことは、山鹿市民医療センターの医師と違う視点で病気を管理できる、十分な時間をとって相談もできる等、患者さまにとって大きな利点があります。

複数の診療科を受診されている患者さま、複数の診療科を受診希望の患者さまにつきましても、病状が落ち着いている診療科については、是非かかりつけ医を受診くださいますようお願いいたします。かかりつけ医が入院や手術による専門的な治療が必要と判断された場合には紹介状を作成して、治療に専念できる適切な病院を紹介して下さいますのでご安心ください。

スタッフ一同、患者さまの安心安全な入院生活を送られますよう努力いたしますが、お気付の点がありましたらご遠慮なくお申し出ください。

上記説明について理解のうえ同意いたします。

年 月 日

入院患者氏名

身元引受人氏名

記入後は看護師にお渡しください

(退院時にご記入ください)

みなさまのご意見をお聞かせください

山鹿市民医療センターでは、皆様のご意見をもとに、より一層の業務改善とサービスの向上を図ってまいりたいと思っております。下記のアンケートにご協力よろしく申し上げます。

診療科	<input type="checkbox"/> 一般内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 代謝内科
	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 小児科
	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア科	<input type="checkbox"/> ()
入院された病棟	<input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階 <input type="checkbox"/> 4階 <input type="checkbox"/> 5階 <input type="checkbox">緩和ケア病棟</input>				

1 診療の際、医師や看護師からの説明は十分でしたか？	十分	普通	不十分
----------------------------	----	----	-----

2 職員の対応はいかがでしたか？	医師	良い	普通	悪い
	看護師	良い	普通	悪い
	薬剤師	良い	普通	悪い
	検査技師	良い	普通	悪い
	放射線技師	良い	普通	悪い
	リハビリ技師	良い	普通	悪い
	栄養士	良い	普通	悪い
	受付	良い	普通	悪い

3 入院前に期待した医療を受けることができましたか？	良い	普通	悪い
----------------------------	----	----	----

4 病院の施設・設備はいかがでしたか？	良い	普通	悪い
---------------------	----	----	----

5 病院内は清潔でしたか？	良い	普通	悪い
---------------	----	----	----

6 入院中の食事はいかがでしたか？	良い	普通	悪い
-------------------	----	----	----

7 山鹿市民医療センターを他の人に勧めたいですか？	はい	わからない	いいえ
---------------------------	----	-------	-----

8 その他具体的なご意見があればご記入ください。

貴重なご意見をありがとうございました。
各病棟の談話室に設置しているご意見箱へ投函するか職員へお渡ししてください。

高額療養費制度と限度額適用認定証について

○高額療養費制度とは・・・

長期入院や治療により、1月あたりの医療費の自己負担額が高額になった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えて支払った医療費について給付を受けることができる制度です。

※ただし、入院時の食費負担や差額ベッド代等は含みません。

《70歳未満の方の自己負担限度額》(平成27年1月～)

所得区分	ひと月あたりの自己負担限度額	3月以上ご負担いただいた方(※2)
① 年収約1,160万円～の方 健保:標準報酬月額83万円以上の方 国保:年間所得(※1)901万円超の方	変更されました 252,600円 +(医療費-842,000円)×1%	140,100円
② 年収約770万円～約1,160万円の方 健保:標準報酬月額53万円以上83万円未満の方 国保:年間所得600万円超901万円以下の方	変更されました 167,400円 +(医療費-558,000円)×1%	93,000円
③ 年収約370万円～約770万円の方 健保:標準報酬月額28万円以上53万円未満の方 国保:年間所得210万円超600万円以下の方	変更ありません 80,100円 +(医療費-267,000円)×1%	44,400円
④ ~年収約370万円の方 健保:標準報酬月額28万円未満の方 国保:年間所得210万円以下の方	変更されました 57,600円	44,400円
⑤ 住民税非課税の方	変更ありません 35,400円	24,600円

(※1)ここでいう「年間所得」とは、前年の総所得金額及び山林所得金額並びに株式・長期(短期)譲渡所得金額等の合計額から基礎控除(33万円)を控除した額(ただし、雑損失の繰越控除額は控除しない。)のことを指します。(いわゆる「日たし書所得」)

(※2)高額療養費を申請される月以前の直近12か月の間に高額療養費の支給を受けた月が3か月以上ある場合は、4か月目から「多数該当」という扱いになり、自己負担限度額が軽減されます。

《70歳以上の方の自己負担限度額》

区分	外来(個人ごと)	1か月の負担の上限額
	現役並み所得者 (月収28万円以上等の窓口負担3割の方)	44,400円
一般	12,000円	44,400円
低所得者 (住民税非課税の方)	低所得Ⅱ(Ⅰ以外の方)	24,600円
	低所得Ⅰ(年金収入のみの方の場合、年金受給額80万円以下など、総所得金額がゼロの方)	8,000円