

入院のご案内

様

月 日 () 時 分

に受付にお越しください。

当日、マイナンバーカード（又は医療保険証）診察券を受付にご提示下さい。

また、介護保険証をお持ちの患者様は、併せてご提示下さい。

医療法人 医進会 高石加茂病院

〒592-0012 高石市西取石3丁目23-17

TEL 072-262-1121（代表） ・ 072-262-0022（夜間）

ホームページ <http://www.takaishikamo-hp.jp/>

入院患者様・ご家族様へ

◆ 面会について （令和 7 年 1 月 20 日現在）

面会可能時間 ： 月曜日から金曜日（祝日を除く）13時30分～15時30分

- ・週1回、ご家族様1名のみ、5分程度でのご面会をお願いします。
- ・発熱など、体調不良の方のご面会をご遠慮ください。
- ・小学生以下の方はご面会をお断りしております。

※感染症等の流行や病棟の状況により、上記内容が変更となる場合があります。

院内掲示・ホームページお知らせ欄にてご確認ください。

患者様およびご家族様にはご迷惑をお掛けしますが、ご理解ご協力のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

◆ お荷物の受け渡しについて

お荷物の受け渡しは平日（月曜日から金曜日）の13時30分から15時30分のみ、受付にてお預かりします。

※現金等のお預かりは、お断りすることがございます。

※私物には、お名前のご記入をお願いいたします。

また、当院では身の回り品のリースを導入しております。入院に必要となる衣類（パジャマ・浴衣タイプ）、タオル類、おむつ各種、食事用エプロン、お尻拭きやおしぼり等リース用品としてご利用いただくことができます。

◆ 外出・外泊

医師の許可が必要です。主治医又は病棟看護師までお問合せください。

◆ 喫煙

院内は全館禁煙です。所定場所で喫煙してください。

◆ テレビ・ラジオ

安静の妨げとなりますので、イヤホン（リースに入っています）をご使用ください。
また、消灯時はスイッチをお切りください。

◆ 冷蔵庫

病室により冷蔵庫付き床頭台を使っています。冷蔵庫付き床頭台をご希望の場合は、お声かけください。

◆ 携帯電話

病院内ではマナーモードに切り替えてください。大声や長電話など周囲の迷惑にならないようマナーをお守りください。また、医療機器の近くでは誤作動が生じる恐れがあるため使用できません。

◆ 入浴

病状により医師の許可が必要です。職員の案内に従ってご入浴ください。

◆ 洗濯

洗濯物は原則的にはご家族の方に持ち帰り願います（リースは別）。
各階に洗濯室（コインランドリー）があります。必要に応じてご利用ください。
（午前 7 時から午後 8 時）

◆ その他

他の患者様のご迷惑となるような行動（飲酒・病室での喫煙等）は禁止しております。
また食中毒予防の為、院外からの飲食物の持ち込みはご遠慮ください。

◆ Wi-Fi : takaishikamo2

◆ PW : 0722621121

※病棟のみ利用可能

入院患者様へのお願い

入院中の貴重品の管理について

医療法人 医進会 高石加茂病院

1. 入院時、多額のお金はお持ちにならないようお願いいたします。
2. 入院後の貴重品の管理は、ベッド横のセーフティボックス(備え付け金庫)の中で、管理していただきますようお願いいたします。
3. 入院費の請求は月2回になります。お支払いの準備をお願いいたします。

① 1日～15日までの分 ②16日～月末までの分

※締め日から3日後（日祝を除く）に請求書を発行いたしますので、受付窓口にて
お受け取りください。

※請求額の通知・郵送等はありません。

金額を事前にご確認される場合は、お電話にてお問い合わせください。

*入院費のお支払いは、現金又は各種クレジットカード(1回払い)のみ可能です。

*リースご利用料は別途お支払いとなりますのでご注意ください。

4. テレビカードについて

ご自身でテレビカードのご購入が難しい患者様は、ご家族様によりあらかじめ、複数枚のカードのご準備をいただきますようお願いいたします。

また、テレビカードの券売機は千円札のみの対応となります。休日は、窓口での両替対応ができませんので、千円札をご用意ください。

使用途中のテレビカードは、退院時に精算機（受付前）にて清算できます。

入院中の貴重品管理につきましては、ご理解、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

院内感染予防についてのお願い

1. 面会についてのお願い

- ・院内感染を避けるため、発熱をしている方、風邪などの流行性の病気の方、感染性の病気の方、小さいお子様の面会は、ご遠慮ください。
- ・インフルエンザ・ノロウイルス等の感染症流行時期には、面会を制限させて頂くことがありますのでご理解、ご協力をお願いいたします。
- ・ペットや植木（鉢植え）の持ち込みは感染防止のため、保健所より禁じられておりますのでご遠慮ください。
- ・花瓶の水は細菌繁殖の原因となりますので生花の病室への持ち込みはご遠慮ください。
- ・患者様への飲食の差し入れは治療の妨げになることがありますのでご遠慮ください。

2. 咳エチケットについてのご協力のお願い

- ・咳・くしゃみの際はティッシュなどで口と鼻を抑え、他の人から顔をそむけ1 m以上離れましょう。（押さえた手はすぐに手洗いしましょう。）
- ・鼻汁・痰などを含んだティッシュはすぐにゴミ箱に捨てましょう。
- ・咳をしている人はマスクの着用をお願いします。
- ・風邪・インフルエンザなど、呼吸器感染症の流行時期は、マスクの着用をお願いします。

3. 感染対策のため手洗い・アルコール性手指消毒のお願い

- ・病室への出入りの際は、エレベータ前・病室入り口に設置しているアルコール手指消毒薬をご使用ください。



あなたの手指衛生が 患者の命を救う。

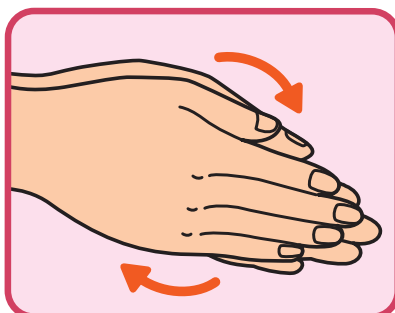
SAVE LIVES: Clean Your Hands



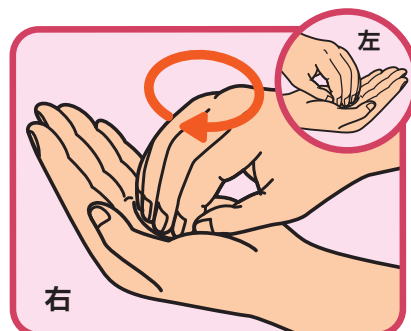
手指消毒手順 (アルコールジェル)



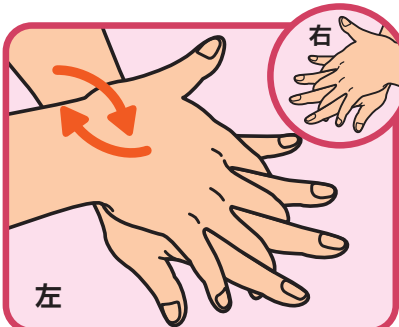
1 ジェル状の速乾性手指消毒剤を適量手の平に受け取る



2 手の平と手の平を擦り合わせる



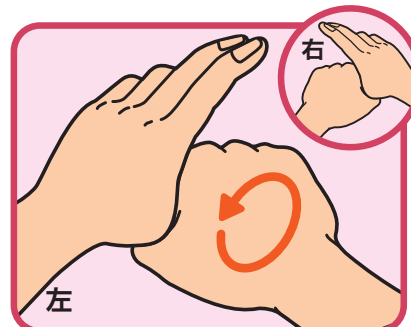
3 指先、指の背をもう片方の手の平で擦る (両手)



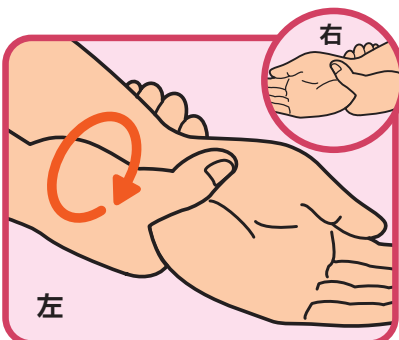
4 手の甲をもう片方の手の平で擦る (両手)



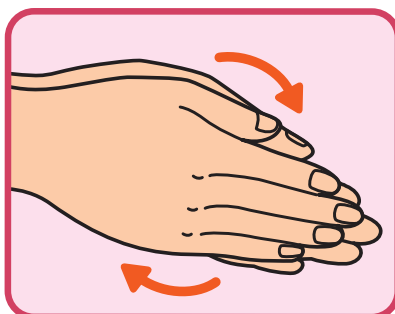
5 指を組んで両手の指の間を擦る



6 親指をもう片方の手で包みねじり擦る (両手)



7 両手首までていねいに擦る



8 乾くまで擦り込む

SARAYA © SARAYA CO., LTD.

WHO (世界保健機関) は、手指衛生ガイドラインを発表し、
医療関連感染の予防にアルコールによる手指消毒を強く推奨しています。

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

医療安全に対するご協力のお願い

納得した医療を受けていただくためには、患者さん・ご家族と医療従事者の協力が必要です。治療や検査については内容を理解し、わからないことは医師や看護師にお尋ねください。また、安全のための確認に積極的にご協力ください。

1.お名前の確認について

職員がお尋ねした際は、名前をフルネームでお答えいただきますようお願いいたします。

入院患者さんにリストバンドを装着させていただきますので、ご協力ください。



2.転倒・転落予防について

環境の変化や、体力・運動機能の低下により、思いがけない転倒やベッド等からの転落の危険性があります。転落防止のためにベッド柵や、離床センサー(体が動くとナースコールが鳴る)の使用などで危険防止対策を取らせていただくことがあります。

歩行や立ち上がりに不安のある場合は、遠慮なくお申し出ください。また、ご家族にも転倒・転落のリスクをお伝えしていきますので、安全に向けた取り組みへのご理解、ご協力をお願いいたします。履物は、履きやすく滑りにくいものをご用意ください。

3.持参薬について

入院までに内服されている薬は、お薬手帳と共にご持参下さい。治療や検査、手術によっては中止する場合がありますので(絶食でも薬だけは服用する場合もある)、入院時に看護師へお申し出ください。薬剤師が内容を確認して、入院中のお薬の管理をしていきます。

※入院中は原則、他医療機関への受診は出来ませんので、ご自宅等にお持ちのお薬のみご持参ください。

4.個人情報について

業務上、知り得た個人情報は、職業倫理と個人情報保護法に則り、保護を遵守します。

当院は、病室入り口に患者氏名を表示しております。入院を知られたくない方、病室入り口に名前の表示をされたくない方、面会の制限をご希望の方は病棟看護師か事務職員にお伝えください。

5.非常の場合の避難誘導について

火災、その他の災害の場合は職員の誘導に従って落ち着いて行動してください。

非常口の案内は入院時担当看護師からご説明いたします。

6.院内感染防止のために

病院入り口に消毒薬を設置しています。出入りの際はご使用ください。

体調の優れない方や小さいお子様の面会は避けていただくようご配慮ください。

◆転倒・転落の予防対策として①～⑦の様な事についてご注意ください。

①ナースコールについて

- いつも手元に置いて、看護師への連絡や必要時に押してください。
- ひとりで歩くのが不安な時は、遠慮なく押して下さい。



②夜間トイレに行く時

- 周りが暗いので心配な方は、遠慮なく看護師にお知らせ下さい。



③履き物について

- 普段から履き慣れたものや、ゴム底のくつタイプが安全です。
- スリッパは滑りやすく脱げやすいので注意してください。
- 福祉用具の靴は、売店にも数種類揃えています。



④点滴を行っている時

- 点滴スタンドを押しながら歩くときは、段差に気を付けて下さい。
- 点滴スタンドを支えにすると危険です。



⑤車椅子や杖について

- 車椅子に乗り降りする時は、必ずブレーキをかけて下さい。
- 杖は、普段お使いのものがあれば、ご持参下さい。



⑥ベッドの周囲について

- 床頭台やオーバーテーブルは不安定で動きますので、つかまると危険です。
- 入院中の荷物は、収納棚等に収まるようにして、床に物を置かないで下さい。
- コード類につまづかないように気を付けて下さい。
- 床がぬれている場合は、すべりやすくなりますので、看護師へお知らせ下さい。



⑦ベッドについて

- ベッドの高さは、座ってかかとがつく高さに調整します。
- ベッド柵は両サイドに2～4本取り付けます。
- ベッドの上に立ったり、身を乗り出して物をとろうとしないで下さい。

◆転倒・転落防止へのご協力をお願い

- 入院中のお荷物は最小限にし、ベッド周りの整理整頓にご協力をお願いします。
- 転倒・転落の危険が高い場合は、面会時間など個別にご協力をお願いすることがあります。
- 転倒防止策は十分に行いますが、それでも完全には予防できないことをご了承ください。

入院患者様へ

『選定療養費制度』（平成 14 年 10 月 1 日開始）

平成 14 年 4 月 1 日の診療報酬改定により、同じ病気で病院（診療所）に通算 180 日を超えて入院されている患者様は、入院医療費の一部負担金以外に入院基本料の 15%（平成 16 年 4 月 1 日から）を自己負担していただくことが国で定められました。

※ 急性期一般病棟 入院基本料 4 1462 点 × 15% = 1 日 2190 円

※180 日を超える場合と対象外になる場合

この 180 日の期間は、当院における入院期間だけではなく、他の病院（診療所）に入院していた期間も含まれますので、過去 3 ケ月以内にいずれかの病院（診療所）に入院されていた患者様は入院時に受付までお申し出下さい。

ただし、病院（診療所）を退院された後、別の病気で入院や 3 ケ月以上病院（診療所）に入院しなかった場合・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設棟に入所（入院）されていた場合は通算されず、次の入院時から新たに入院期間を計算することになります。また難病や重症等の患者様については選定療養費制度の対象とはなりません。

※入院期間の確認と退院証明書の提出について

当院に入院されるまでの 3 ケ月間にどれくらいの期間、他の病院（診療所）に入院していたかお分かりでない場合は、以前に入院されていた病院（診療所）にお問い合わせの上、主病名と入院期間をご確認下さい。また以前の退院に際して『退院証明書』が発行されていた場合はご提出をお願いします。

※正確な入院歴の申告と損失費用の請求について

この制度では、患者様は入院時にご自分の入院履歴を正確に病院（診療所）に申告することが義務付けられており、入院履歴等について虚偽の申告を行った場合には、それにより発生する損失（選定療養費用）について、後日費用の徴収が行われる可能性がありますので、十分にご留意下さい。

☆患者様は入院費用の一部負担金以外に負担が増えることとなりますが、医療機関は本来の保険収入から選定療養費用分が差し引かれますので、医療機関の収入増になるわけではありません。

☆その他、ご不明な点については当院受付にお尋ね下さい。

保険外負担料金表

R6.4.1現在

特別な室料を要する部屋（１日当り）	料金(税込)
特別室（401）	16,500 円
個室（403・405・406・411・413）	8,800 円
回復室１・２	4,400 円
２人室（407・408・410）	4,400 円
各種診断書・証明書	
院内診断書	2,200 円
自賠責診断書	5,500 円
自賠責明細書	3,300 円
入院診断書	5,500 円
傷害保険診断書	5,500 円
死亡診断書（１通目）	3,300 円
死亡診断書（２通目以降）	2,200 円
後遺症診断書	5,500 円
障害者認定診断書	5,500 円
船舶資格試験診断書	4,400 円
通園許可書	550 円
領収証明書	550 円
実費	
診察券再発行	110 円
Ｔ字帯	380 円
腹帯	700 円
アンシルク・プロＪ（ハイソックス）	1,950 円
アンシルク・プロＪ（ストッキング）	2,580 円
ピンクシート１枚	20 円
死後処置	13,200 円
寝巻（男女共用）	1,890 円

医療法人 医進会 高石加茂病院

病棟の種別について

- 2階 地域包括ケア病棟
- 3・4階 一般病棟 10対1

※当院では、それぞれ患者様の状態に応じた医療・看護を受けていただけるよう、2つの病棟を備えております。

※患者様には、病状の経過や治療上の都合により、他の病棟へ移動していただく場合があります。ご理解とご協力をお願い致します。

(注) 2階(地域包括ケア病棟)では65歳以上の入院患者様は居住費として1日に370円、費用がかかります。(一部を除く)。

入院誓約書

令和 年 月 日

医療法人医進会 高石加茂病院 病院長 殿

この度、貴院に入院するにつきましては、下記諸事項を守り、他の患者様や病院にご迷惑をかけない様本人並びに保証人連署を以て誓約致します。

記

1. 治療に関する諸規定並びにご指示には違背致しません。
2. 治療上必要な処置等承諾しましたことについては、一切異議を申し立てません。
3. 突発的な事由により病床を移転することについても異議は申しません。
4. 入院料、その他諸料金は延滞なくお支払いします。万一支払いを怠り又不納と認められた時は、保証人において、本人と連帯して、その責めを負います。
5. 選定療養費制度に関する諸規定を履行遵守します。
6. 暴言、暴力、飲酒、喫煙、ハラスメント行為等、一切の迷惑行為は行いません。
7. その他病院が定める事項についてこれを履行遵守します

上記誓約に違反した場合、退院を命ぜられても異議は申しません。

以上

（本人氏名）

（生年月日） 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 歳

（現住所） 電話 （ ）

（勤務先名） 電話 （ ）

（保証人） 本人との関係

（現住所） 電話 （ ）

保証人は、病院に対し、入院患者本人が負担する金額を極度額200万円の範囲内で保証する。

本人が記入出来ない場合は配偶者か近親者、未成年の場合は保護者様の名前を保証人欄に記入してください。

過去3ヶ月以内に入院したことがある場合は、必ずご記入ください。（高石加茂病院は除く）

入院期間 保険医療機関
令和 年 月 日から令和 年 月 日 （ ）

令和 年 月 日から令和 年 月 日 （ ）

令和 年 月 日から令和 年 月 日 （ ）

保 険 外 負 担 に 関 す る 同 意 書

高石加茂病院 病院長 殿

私は、高石加茂病院に入院するにあたり、保険外負担が発生
した場合は別紙の保険外負担料金表によりその料金を支払
うことに同意承諾致します。

令和 年 月 日

住 所 _____

患者氏名 _____

代 理 人 _____

(続柄)

医療法人 医進会 高石加茂病院

入院される患者さんへ

入院病室の申込書

当院は、総室（大部屋）と有料室（個室・2人部屋）をご用意しています。この用紙はご希望される病室を申込み・確認させていただく書類です。ご希望を申込書を記入してください。また、有料室の料金は下記を参照ください。

A	特 別 室	401	1日	16,500円
B	個 室	403・405・406・411・413	1日	8,800円
C	回 復 室	1・2	1日	4,400円
D	2人部屋	407・408・410	1日	4,400円

※ご希望に添えない場合がございます。
また、病状等によって転室・転棟をしていただく事がございます。

高石加茂病院長 殿

私は、総室・有料室の入室にあたり、料金などについて十分な説明を受け、下記病室を申込みます。

- ☐ 総室（大部屋）への入院を申込みます。
- ☐ 有料室料金に同意し、有料室への入院を申込みます。

希望部屋は A B C D です。

令和 年 月 日

住 所

患者氏名

代 理 人

（ 続 柄 ）

医療法人 医進会 高石加茂病院

入院中の緊急連絡先 その他

患者氏名【 】様

※①はキーパーソンの方（主な連絡窓口の方）

①	氏名	様	間柄	
	自宅電話			
	携帯電話	□24時間対応可能 □（ 時 ～ 時）		
	対応できない時の連絡先	（ 時～ 時）		
	自宅住所（都道府県・市町村名まで）			
②	氏名	様	間柄	
	自宅電話			
	携帯電話	□24時間対応可能 □（ 時 ～ 時）		
	対応できない時の連絡先	（ 時～ 時）		
	自宅住所（都道府県・市町村名まで）			

介護保険情報	介護保険の有無	有 要支援（ ） 要介護（ ）	： 無	（ / ）申請中
担当 ケアマネジャー	氏名：		事業所名	
	電話番号：			
介護サービス 利用状況	訪問看護・介護ヘルパー・入浴サービス・デイサービス・その他（ ）			
	利用事業者名（ ）			
	施設名（ ）			
	利用内容： 入居中・入居していた・ショートステイ・その他（ ）			

介護保険について説明を希望の方は、職員に声をかけてください。介護相談員が説明いたします。
これまでの病気等をお伺いします。

既往歴	年齢	病名・手術名等
他の病院等への 受診予定	いつ？	どこの病院へ受診予定ですか

喫煙歴	現在 有（ 本/日） ・ 無
	過去に喫煙されていた方はいつごろ、1日平均何本くらいでしたか？ （ ）才～（ ）平均（ ）本/日
飲酒歴	現在 有（何を ml/日） ・ 無
	過去に飲酒されていた方はいつごろにどれくらいでしたか？ （ ）才～（ ）才平均（ ） ml/日
食べ物によるアレルギー	有（ ） ・ 無
アルコール消毒	注射や採血時のアルコール消毒は大丈夫ですか □はい □いいえ