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（又は資格確認証）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）

ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ　http://www.takaishikamo-hp.jp/

入院患者様・ご家族様へ

◆ 面会について　（令和８年９月 14 日現在）

面会時間　：１３時３０分～１５時３０分

※上記は面会可能時間です。15 時 30 分までにご退室をお願い致します。

・1 回 2 名まで、ご家族のみ面会可能です。

　＊3 名以上の場合は交代で 2 名ずつの面会をお願いいたします。

・面会受付について

【月曜～金曜】

　ご来院時に１階受付窓口にて職員へお声掛けいただき、面会簿をご記入ください。

　面会許可証をお渡しいたしますので着用をお願い致します。お帰りの際は、1 階受付窓口に設置している許可証返却 BOX へご返却ください。

【土曜、日曜、祝日】

　時間外出入口に受付を設けておりますので、受付職員へお声掛けいただき面会簿をご記入ください。面会許可証をお渡しいたしますので着用をお願い致します。

　また、お帰りの際は受付職員へ患者様氏名と面会が終了した旨をお伝えいただき、面会許可証をご返却ください。

※土曜、日曜、祝日の時間外出入り口の解錠時間は 13 時 30 分～15 時 30 分です。

　上記時間より早くご来院された場合は、インターホンは鳴らさず扉が開くまでお待ち下さい。

※発熱など、体調不良の方の面会はご遠慮ください。

※小学生以下の方は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面会時にお願い致します。面会時間外の受け渡しは対応いたしかねる場合があるため、予めお電話にてご確認をお願い致します。

※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を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ただいております。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にお願いいたします。

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・郵送等は行っておりません。
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１ｍ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

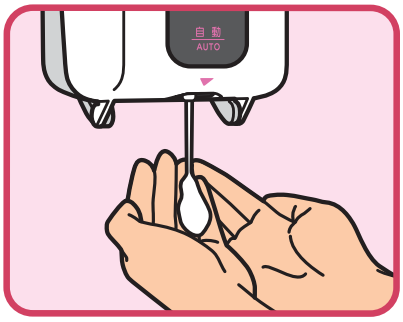
・病室への出入りの際は、エレベータ前・病室入り口に設置しているアルコール手指消毒薬をご使用ください。

医療法人医進会　高石加茂病院　院内感染対策委員会

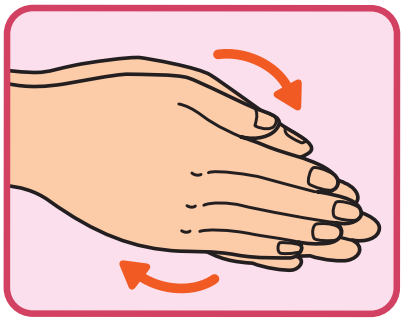
あなたの手指衛生が患者の命を救う。

SAVE LIVES: Clean Your Hands

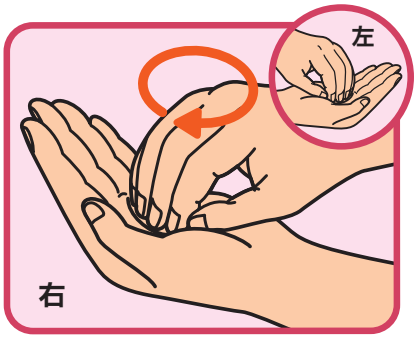
手指消毒手順（アルコールジェル）



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

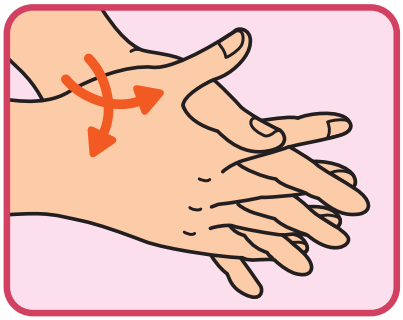


2 手の平と手の平を擦り合わせる

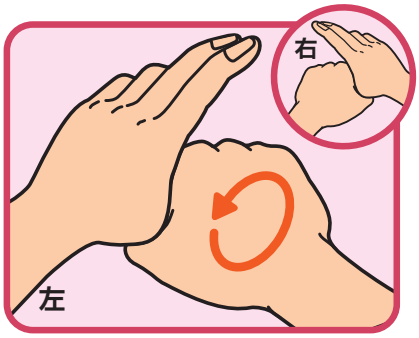


3 指先、指の背をもう片方の手の平で擦る（両手）

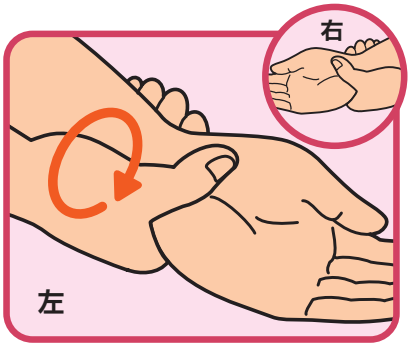
4 手の甲をもう片方の手の平で擦る（両手）



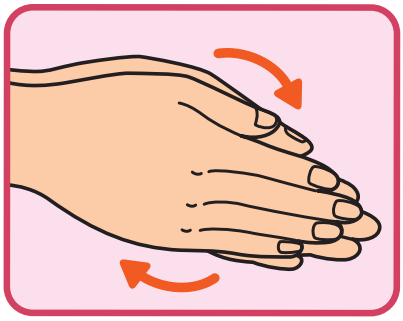
5 指を組んで両手の指の間を擦る



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いておりますので、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。

医療法人　医進会　高石加茂病院　医療安全管理委員会

◆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下さい。

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。
- コード類につまず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のお願い

◉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　1,597 点×15%×消費税　=　1 日　2,636 円
※　特別入院基本料　入院基本料　　704 点×15%×消費税　=　1 日　1,162 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になりますが、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

R8年6月現在

特別室（1日当り）	料金（税込み）
特別室（1日当り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	料金（税込み）
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
損害保険診断書	5,500円
死亡診断書（1通目）	3,300円
死亡診断書（2通目）	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

自費	料金（税込み）
画像データ（CD-R）	1,100円
診察券再発行	110円
足カバー	100円
腹帯	700円
ソフラウルファーリスト	1,320円
ソフラウルファーCM　フリー	1,990円
ソフラウルファーCM　XL	2,140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
アンシルク・プロJ（ハイソックス）	1,980円
アンシルク・プロJ（ストッキング）	2,570円
肺炎球菌ワクチ（ニューモバックス	8,210円
肺炎球菌ワクチ（プレベナー）	11,400円
帯状疱疹ワクチン	8170円
帯状疱疹ワクチン（シングリックス	22,000円
破傷風トキソイドワクチン	4,590円
麻疹風疹混合ワクチン	9,410円
B型肝炎ワクチン	5,920円
日本脳炎ワクチン	6,790円
おたふくかぜ生ワクチン	6270円

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 430 円、費用がかかります。（一部を除く）。

高額療養費制度のご案内

令和８年８月～令和９年７月 診療分

ひと月に医療機関に支払った額が高額になった場合に、定められた上限額を超えて支払った額を払い戻す制度です。上限額は、個人や世帯の所得に応じて決まっています。
ただし、食事代・居住費・差額ベッド代・文書料・保険外診療の費用は**対象外**です。

70 歳未満の方

区分	年収の目安	月額上限	4 回目以降 （多数回該当）	年間の上限
ア	1,160 万円～	**270,300 円＋** （医療費－901,000 円）×1%	**140,100 円**	**168 万円**
イ	770 万～1,160 万円	**179,100 円＋** （医療費－597,000 円）×1%	**93,000 円**	**111 万円**
ウ	370 万～770 万円	**85,800 円＋** （医療費－286,000 円）×1%	**44,400 円**	**53 万円**
エ	～370 万円	**61,500 円**	**44,400 円**	**53 万円**
オ	住民税非課税の世帯	**36,900 円**	**24,600 円**	**29 万円**

70 歳以上の方

区分	年収の目安	月額上限	4 回目以降 （多数回該当）	年間の上限
現役並みⅢ	1,160 万円～	**270,300 円＋** （医療費－901,000 円）×1%	**140,100 円**	**168 万円**
現役並みⅡ	770 万～1,160 万円	**179,100 円＋** （医療費－597,000 円）×1%	**93,000 円**	**111 万円**
現役並みⅠ	370 万～770 万円	**85,800 円＋** （医療費－286,000 円）×1%	**44,400 円**	**53 万円**
一般	～370 万円	**61,500 円**	**44,400 円**	**53 万円**
住民税非課税Ⅱ	住民税非課税の世帯	**25,700 円**	**24,600 円**	**29 万円**
住民税非課税Ⅰ	住民税非課税の世帯 （年金収入 80 万円以下等）	**15,700 円**	―	**18 万円**

▶高額療養費制度をご利用いただくには、マイナ保険証・資格確認書（任意記載事項あり）又は限度額適用認定証のご提示が必要です。

多数回該当　直近 12 か月以内に 3 回以上、上限額に達した場合、4 回目以降は多数回該当の上限となります。

年間上限　年間（8 月～翌年 7 月）の上限額に達した後は、それ以上の医療費については、保険者から還付を受けることができます。
詳しい手続きに関しては、ご加入の保険者にご確認ください。

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うけ、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 ケアマネージャー	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
記入しきれない場合は 裏面をご利用ください		
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