

入院のご案内

〒431-1102 浜松市中央区大山町3805番地

電 話 053-436-1304 (代表)
053-436-1343 (病棟直通)
053-540-4182 (医療相談室直通)

FAX 053-436-5722

常葉大学リハビリテーション病院

入院の手続きについて

入院時、受付窓口へ以下の物をご提出ください。

- 医療保険証（交通事故、労災などで入院の方も必須）
- 介護保険証（認定を受けている方、申請中の方は資格証）
- 各種医療証（公費負担医療等を受けている方）
- 病院から受け取った各種書類等

手続きが済みましたら、係の者が病棟までご案内します。

会計について

- (1) 入院費は毎月末に計算し、翌月10日頃に請求書を発行致します。早めに会計窓口にてお支払ください。診療費のお支払いにクレジットカードがご利用できます。
- (2) 平日退院される方は、退院日に請求書を会計窓口にてお渡しします。
ただし土日・祝日退院の方は、請求書を後日郵送いたします。
- (3) 振り込みを希望される方は会計窓口にお申し出ください。

会計窓口受付時間 平日 8:30～17:00

入院時の持ち物について

以下の物品が必要になりますのでご用意ください。又、紛失防止のために持ち物には必ず記名してください。

お薬 ☐内服薬 ☐外用薬 ☐点眼薬 ☐お薬手帳

洗面用具 ☐歯ブラシ ☐歯磨き粉・義歯の方は義歯洗浄剤と容器 ☐プラスチックコップ
☐タオル5～10枚程度 ☐バスタオル3～5枚程度
☐入浴準備の袋（ビニール袋可） ☐洗濯物入れ（ふた付きバケツなど）

衣類 ☐動きやすい洋服（上下） ☐肌着 ☐下着 ☐靴下 ※それぞれ3～5枚程度。
☐パジャマ（自分で着替えができる方） ※病衣の貸与はありません。
☐靴（かかとのある運動に適した履きやすい物）

その他 ☐TV用イヤホン ☐ティッシュペーパー ☐電動式ひげ剃り ☐使用中の装具

※爪切り、T字かみそり、はさみなどの刃物類は持ち込まないでください。

- (1) 所持品の盗難事故防止のため、多額の現金・貴重品は持ち込まないでください。
盗難にあわれても当院では責任を負い兼ねます。
- (2) 日用品・雑貨等は1階受付隣にて販売しております。
- (3) 洗濯物の外部委託（費用有料）を希望の方は、スタッフステーションにお申し出ください。
コインランドリーも設置しております。
- (4) 入浴用品（シャンプー・リンス・ボディソープ・洗面器等）は病院備え付けがあります。

リハビリテーション実施状況の説明について

月に一度の平日に、担当医から患者様・ご家族様に説明を行います。

食事について

- (1) 時間帯は 朝食 7:00 昼食 12:00 夕食 18:00 になります。
介助が必要な患者様は、お食事の時間が多少前後することがあります。
- (2) 管理栄養士による栄養管理のもと患者様の症状に合わせた食事を提供しているため、飲食物の持ち込み及び差し入れはご遠慮ください。

入浴について

- (1) 原則週2回となります。
- (2) 個別浴は主治医の許可後、リハビリスタッフと共に訓練を兼ねて入浴していきます。

面会・お見舞いについて

- (1) 面会時間は 10:00~20:00 になります。
- (2) リハビリや入浴のため患者様が病室に不在の場合がありますので、その際はスタッフステーションにてご確認ください。

居室について

- (1) 居室にはテレビ・冷蔵庫が設置されています。使用される場合、利用料は1日180円がかかります。その他電気器具の使用は、スタッフステーションにお申し出ください。
- (2) 患者様の状態に応じて部屋移動を行うことがあります。

他医療機関（病院等）の受診・薬剤処方について

当院入院中は特別な場合を除き、他医療機関（病院等）へ受診することはできません。当院入院期間中の患者様の医療保険被保険者証（通称：保険証）を使用した受診や薬剤処方はお止めください。

患者様のご家族が他院へお薬を受け取りに行くこともできません。受診の必要のある場合は、必ずスタッフへ申し出・ご相談ください。

※急な状態の変化等、他医療機関への受診の必要な場合には、当院の指示により受診していただくことはあります。ご協力お願い致します。

その他のお願い

- (1) 敷地内全面禁煙となっております。
- (2) 外出や外泊を希望される時は、主治医または看護師にお申し出ください。
- (3) 入院中は医療安全管理のためリストバンドを装着していただきます。
- (4) 公衆電話は1階待合室、2階東病棟スタッフステーション前に設置してあります。
- (5) 病院スタッフの指示を守れず、他の患者様に迷惑がかかることや病院の運営に支障をきたすことがあった場合は、退院していただくことがあります。

入院申し込み・同意書

常葉大学リハビリテーション病院長 様

この度の入院にあたり、「入院案内」及び別紙「入院費用について」の説明文書に定める諸規定その他指示事項に同意し、理解した上で入院を申し込みます。

年 月 日

同意者氏名

(患者との続柄:)

フリガナ
患者氏名

男・女

生年月日 大・昭・平 年 月 日 () 歳
〒

住 所

電話番号 ()

緊急 連絡先①	フリガナ 氏 名	患者との続柄	自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯
			電話番号 ()
緊急 連絡先②	フリガナ 氏 名	患者との続柄	自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯
			電話番号 ()
緊急 連絡先③	フリガナ 氏 名	患者との続柄	自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯
			電話番号 ()

該当する□にチェック (☑) を入れてください。

入院費請求書の受け渡し方法

☐ 会計窓口にての受け渡し

☐ 郵送 送付先氏名: _____
〒 _____
住所: _____

※ご記入いただき、受付窓口へご提出ください。

教育・研究における診療情報使用に関する説明同意書

医学・医療の進歩のためには、教育・研究が欠かせません。当院としても積極的に取り組んでおります。その際に患者様の病状・所見や様々な検査結果・画像診断等の情報等の診療情報を使用させていただくことがあります。

患者様の診療情報を教育・研究に使用する場合（※）、それが誰のものかわからないよう配慮し、患者様にご迷惑をおかけすることのないよう最大限の努力を致します。

これらの趣旨にご理解いただき、是非ご協力をお願い致します。

ご同意いただけない場合でも、それによって患者様が不利益を被ることは一切ありません。

常葉大学リハビリテーション病院

病院長 名倉 博史

※教育で使用する場合

（学生の臨床実習・学生への講義 等）

※研究で使用する場合

（臨床研究・学会等での発表・医学論文作成 等）

上記の件について説明を受け、
＜いずれかにチェックをお願い致します＞

- ☐ 教育・研究での診療情報使用に同意します。
- ☐ 教育で使用する場合のみ同意します。
- ☐ 研究で使用する場合のみ同意します。
- ☐ 同意できません。

年 月 日

患者氏名

※代筆の場合代筆者氏名・続柄を下記にご記入ください。

(:)