

入院のご案内

入院予定日時は 月 日 ()

午前・午後 時です



診療科

- ・内科 循環器内科 整形外科 リウマチ科
- ・リハビリテーション科 麻酔科

住所

- ・〒066-0081 千歳市清流5丁目1-1

電話番号

- ・0123-24-1121

ファックス番号

- ・0123-23-7085

ホームページ

- ・<http://www.hokusei.or.jp>



入院の手続き・ご用意いただくもの

- 入院予約をされた方は、指定された日時にお越しください。
- 原則的に入院当日までに当院所定の書類、保険証などを提出してください。

| ご提出頂くもの | 備考 |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 患者様・ご家族の方へ (入院時書類①) | 入院当日にナースステーションに提出してください。 記載例を参考にご記載ください。 |
| <input type="checkbox"/> 入院誓約書 (入院時書類②) | ご入院以降可能な限り近日中に1階の総合受付に提出してください。 記載例を参考にご記載ください。 |
| <input type="checkbox"/> 確認・同意書 (入院時書類③) | ご入院以降可能な限り近日中に1階の総合受付に提出してください。 記載例を参考にご記載ください。 |
| <input type="checkbox"/> 入院セット利用申込書 兼 同意書 | 入院当日にナースステーションに提出してください。 記載例を参考にご記載ください。 |
| <input type="checkbox"/> 保険証など | 入院当日までに1階の総合受付に提出してください。 入院後は1ヶ月に1回提出してください。 「保険証など」とはマイナンバーカード、健康保険証、自己負担限度額適用認定証、標準負担額減額認定証、介護保険証、障害者手帳、重度心身障がい者医療や難病医療の受給者証、 ペースメーカー手帳※ 、その他の医療・介護・福祉に関するものです。 ※ペースメーカー手帳はお預かりし、病棟管理とさせていただきます。 |
| <input type="checkbox"/> 診察券 | 予約の患者様は入院前にお預かりさせていただきます。 |
| <input type="checkbox"/> 服用・使用中のお薬 お薬手帳 お薬の説明書 | 入院当日にナースステーションに提出してください。 入院前に服用・使用していたお薬(目薬や塗り薬、注射、市販薬なども含む)入院時にお持ちください。古いお薬や投与内容の変更などによりお薬を廃棄することがあります。ご了承ください。 ※14日以上は病院での管理を行っておりません。 |
| <input type="checkbox"/> 退院証明書 | 入院当日までに1階の総合受付に提出してください。 |

- 緊急の入院を除き、入院時には下記の生活日用品などをご用意ください。
- 当院にお持ちになった物には、患者様のフルネームを記入してください。
- 当院では院内感染予防対策の一環として、入院セットを導入しています。病衣やタオル類、必要な日用品等は入院セットに含まれておりますが、下記にあるものは含まれないため、ご自身でご用意いただきますようお願い申し上げます。

| ご用意頂くもの | 備考 |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 下着類 | 成人の方は3~6枚ご用意ください。自己管理ができない場合は、必ず記名してください。おむつ使用時は病院で対応できます。 |
| <input type="checkbox"/> 洗濯物袋 | ご自分で洗濯をされる方、ご家族が洗濯をされる方は洗濯物を入れる袋をご用意ください。 |
| <input type="checkbox"/> 履もの(クツ) | すべりにくいものを1足ご用意ください(スリッパなど踵が無いものはご遠慮ください)。リハビリができる運動靴をご用意ください。 |

食事

- 朝食は概ね午前8時、昼食は概ね正午、夕食は概ね午後6時頃となっております。
- 食事は病状などに合わせてご提供しますので、医師の許可がない限り、病院食以外の食事はご遠慮ください。

入浴・洗濯

- 入浴は病棟別に曜日と時間を定めております。各病棟の入院案内をご覧ください。
- 医師の許可を受けて、定められた時間に入浴してください。
- 洗濯機と乾燥機は各病棟に設置しております。テレビと兼用のプリペイドカードでご利用頂けます。

起床・就寝

- 起床時間は午前6時となっております。早く目覚めた方も起床時間までは、他の患者様の安眠のため、お静かにお願いいたします。
- 消灯時間は午後9時となっております。消灯後の携帯電話などのご利用は、他の患者様の安眠のため、ご遠慮ください。

付き添い

- 患者様負担による付き添い看護は認められておりません。
- 病状によっては医師の許可を得て、ご家族の方の付き添いが可能です。ナースステーションにお申し出のうえ「付き添い願」をご記載ください。
- 付き添いの方の食事、寝具をご希望の際はナースステーションにお申し出ください。

外出・外泊

- 外出・外泊を希望される時は、医師の許可が必要です。ナースステーションにお申し出のうえ「外出・外泊許可願」をご記載ください。
- 外出・外泊当日は看護師から「外出・外泊許可書」を受け取り、お持ちのうえ外出・外泊してください。
- 外出・外泊から戻られた時は、必ず看護師に声をかけて「外出・外泊許可書」を提出してください。午後8時までに病院にお戻りください。
- 無断で外出・外泊された場合は、退院して頂くことがあります。
- 外泊は原則1泊までとさせていただきます。2泊以上の場合は退院して頂く場合があります。
※新型コロナウイルス等の感染症対策期間は、これらの通りではありません。

無断離院について

- 無断離院や長時間の離棟は禁止とさせていただきます。もし無断で離院された場合は、警察へ捜索をお願いすることや強制退院とさせていただきます。また、無断離院中の事故や病状の悪化については、当院は一切の責任は負えませんのでご留意ください。

相談支援（患者様・ご家族様サポート）窓口

- 当院は相談支援窓口を設置しております。病気にともなって患者様やご家族の方が抱える問題（経済的・社会的・心理的）などを共に考えて解決への支援をおこなう担当者を配置しておりますので、お気軽にご相談ください。
- ご利用を希望の方は、お近くのスタッフにお申し出ください。
- 窓口は1階の地域連携室です。

ご意見箱

- 不安なこと、不満なこと、希望することや分からないことなどがございましたら、相談支援窓口の他に「ご意見箱」もご利用ください。
- より良い広報誌を制作するため、「いちばんぼし」のご感想もお待ちしております。
- 1階の会計窓口横にそれぞれ回収箱を設置しております。

設備・施設

- テレビは各ベッドサイドに設置することができます。ご覧になる時は、プリペイドカードを各自でご購入頂き、ご利用ください。
- テレビは備え付けのものをご利用頂き、私物テレビの持ち込みはご遠慮ください。
- テレビの音声はイヤホンでお聴きください。ご利用される方はナースステーションにお申し出ください。有料にてイヤホンのご提供を実施しています。
- 冷蔵庫の使用（有料）を希望される場合は、ナースステーションにお申し出ください。クーラーボックスでの管理はご遠慮ください。
- 小型無料金庫は各ベッドサイドに設置しております。金庫の使用を希望される場合は、ナースステーションにお申し出ください。貴重品は必ず金庫に保管してください。
- プリペイドカードの販売機は2階と4階デイルームにございます。退院時のプリペイドカードの精算は1階総合受付窓口前の精算機でおこなってください。
- 公衆電話は1階の総合受付前と4階デイルームにございます。
- タクシー会社（千歳交通）直通の電話を1階の総合受付前に設置しております。
- 郵便ポストは正面玄関横にございます。
- 飲料の自動販売機は1階のリハビリ室前、各病棟のデイルームにございます。
- 売店は1階にございます。営業時間は平日午前9時から午後4時、土曜日は午前9時から午後1時です。日曜日・祝日はお休みです。
- 駐車場は外来患者様、来客者やご家族様用となっております。入院患者様の駐車はご遠慮ください。やむを得ず駐車する場合は、1階の総合受付にお申し出のうえ、所定の用紙をご記載ください。

理容（理髪）

- 理容は毎月・第1週と第3週の金曜日におこなっております。希望される方は、事前にナースステーションにお申し出ください。
- 料金は入院費と一緒に精算するか、当日直接お支払いください。
- 費用については、当案内にございます“保険外料金一覧”をご覧ください。

非常時の対応

- 入院時に避難経路のご確認をお願いいたします。
- 火災、地震や水害、その他の災害などの非常時には、スタッフの指示に従ってください。状況によっては患者様にご協力をお願いすることもあります。

院内規則

当院に受診される患者様及びご家族様には、以下の院内規則を遵守して頂きます。本規則に従って頂けない場合、当院は診療を中止させて頂きます。患者様及びご家族様におかれましては、本規則を遵守して頂いたうえでご加療して頂きますようお願いいたします。

特にお申し出がない場合には、本規則の遵守について同意して頂いたものとして取り扱わせて頂きます。

- 治療、その他の医療行為に関し、医師や看護師、その他のスタッフの指示、その他当院の定めた事項に従って頂きます。入院しておられる患者様の退院時期は医師の判断とさせて頂きます。
- 当院の医師や看護師、その他のスタッフや当院の関係者、他の患者様に対する暴力行為、脅迫行為、大声を出して威嚇する行為、不当な面談要求、執拗に説明を要求する行為、セクハラ行為及びこれらに準ずる迷惑行為は、理由の如何を問わず、お控え頂きます。
- 院長から院外退去の指示があった場合には、当院及び敷地内にお入り頂くことは出来ません。
- 上記の各事項に違反した場合、警察等の機関に通報させて頂く場合もございます。
- 後日のトラブル防止のため、患者様及びご家族様とのやり取りを録画、録音させて頂く場合もございます。
- 入院中、患者様がお亡くなりになった場合は原則死後処置を実施させて頂きます。それに伴い発生する費用は徴収させていただきますのでご了承ください。

安全な入院生活を送るために

入院生活をする病院は、住み慣れた環境と異なります。その生活環境の変化に加え、病気やけがにより体力や運動能力も低下するため、思いがけない転倒・転落などが起きる場合があります。

さらに高齢の方は、加齢に伴う認識力や運動能力の低下も相まって、結果として深刻な事態を招く恐れがあり特に注意が必要です。転倒・転落による骨折や入院期間の延長は、患者様にとってつらいことです。大変危険な場合は、適切な介護用具を使用させていただき身体拘束することもありますので、ご理解をお願いいたします。

北星病院では、生活環境を整え、転倒・転落の予防に十分に注意して、安全で快適な入院生活を送っていただけるよう常に心がけておりますが、さらに安全を高めるために、患者様とご家族様のご理解とご協力をお願いいたします。

また、ご家族様の面会は患者様の励みになりますので、ご都合が付きますようでしたら面会にお越しくださいますようお願いいたします。ご心配なことがありましたら、ご遠慮なくスタッフにご相談ください。

※当院では新型コロナウイルス等感染症対策を行っており面会は当面予約制とさせていただいております。ご不便をおかけいたしますがご理解、ご協力の程お願い申し上げます。

次の項目に当てはまる方は、転倒・転落の危険性が高くなります。

- 初めての入院で、環境の変化に戸惑いがある
- 今まで布団で寝ていて、ベッドで寝るのは初めて
- 今までに転んだことがある
- 排尿の間隔が短い
- 睡眠導入剤や精神安定剤を服用している
- 足腰の筋力が低下している

さらに以下のことにもご注意ください。

- 夜間など暗い時の行動は危険ですので、枕灯などを有効に利用しましょう。
- スリッパやサンダルは脱げやすく危険ですので、靴を履きましょう。
- 着衣は体に合った物を身につけましょう。裾の長いズボンは転倒の危険性があります。
- ベッド周囲に必要な物は置かず、環境を整備しましょう。

持ち込みを禁止するもの・ご注意ください

- 盗難事故防止のため、多額の現金や貴金属、パソコン、テレビ、その他の貴重品はお持ちにならないようお願いいたします。紛失や破損、盗難などに関して当院では責任を負いかねます。やむを得ず貴重品を持ち込む場合は、必ず金庫に保管してください。
- ナイフ・ハサミなどの刃物、ベンジン他・化学薬品等の発火しやすいもの、その他の危険物、アルコール類の持ち込みは固くお断りいたします。
- 敷地内は全面禁煙となっております。
- 動物（ペット）はいかなる場合も院内に連れてくることを固くお断りいたします。
- 携帯電話はマナーモードに設定のうえ、他の患者様の迷惑にならないように、ご使用ください。

入院中の他医療機関への受診

- 原則として、当院に入院中は他の医療機関での診察や投薬などを受けることはできません。他の医療機関へ受診したい場合は、必ず医師や看護師にご相談ください。当院に入院前から服用・使用していたお薬がなくなった時に、患者様やご家族様、代理の方が薬だけを取りに行くことも同様です。（目薬や塗り薬、注射などを含む）
- 入院中に当院の医師が診療できない専門的な診療や治療などが必要と判断した場合は、診療情報提供書を記載したうえで受診して頂きます。
- 通常の通院とは受診の取り扱いや料金の計算方法が異なりますので、後日差額徴収が発生するなど、患者様や受診先の医療機関にも不利益が生じる恐れがありますので、入院中は無断で他の医療機関に受診しないよう、ご理解とご協力をお願いいたします。

病棟・病室の移動

- 病状に適した病棟や病室に移動して頂く場合がございます。ご理解・ご協力願います。
- 病棟や病室によって、料金形態や負担金が変わることがございます。

外部からの問い合わせについて

- 電話により患者様が入院されているかどうかの問い合わせがあった場合は、入院されていることをお答えいたします。
- 面会の方が直接来院され、病室番号の問い合わせがあった場合はお答えいたします。
- これらの対応について、不都合がある方やご要望のある方は1階事務室の入院係、患者サポート窓口、個人情報窓口のいずれかにお申し出ください。
- 患者様からのお申し出がない場合は、上記の対応方法に同意しているものとして取り扱います。

入院費の概算について

- 退院が決まった患者様に対し、退院の前におおよその入院費をあらかじめ算出し、お知らせすることが可能です。ご希望の方は病棟スタッフまでお声掛けください。
- 概算をする方は、原則退院日に1階会計にてお支払いを頂ける方に限定をさせていただいております。後日のお支払いをご予定の場合、概算は行わず退院後に正式な入院費をお知らせ致します。あらかじめご了承ください。

北星病院における包括同意

当院では、診療上の必要があると認められた処置・検査等については原則として説明を行い、同意を頂いた上で実施しています。ただし、以下の検査・処置等（一般的に医師が立ち会う必要がなく、心身への負担が少ない検査・処置等）は、患者様の状態や状況に応じて、あらかじめ説明し同意を頂くことなく診療の一部として施行いたします。これらの診療行為は一定以上の経験を有する者によっておこなわれますが、時に出血などの合併症を伴うことがあります。このような場合、合併症の治療は通常の保険診療としておこなわれます。当院への受診を希望される方は、これらの点についてあらかじめご理解頂きますようお願いいたします。なお、ご質問がある場合は、お近くのスタッフにお問い合わせください。

※入院時書類③ 確認・同意書の“3.当院における包括同意について”にて同意の確認をさせていただいております。

検査・モニタリング

血液検査、梅毒・B型肝炎・C型肝炎・HIV検査、尿検査、蓄尿、微生物学的検査、検体の病理や細胞診検査、心電図、脈波、肺機能検査、超音波検査、呼吸検査、呼気ガス分析、筋電図、サーモグラフィーなどの生体検査、X線一般撮影、X線透視撮影、造影剤を使用しないCT、MRI、経皮的酸素飽和度測定など

処置など

創部処置、痰などの吸引、鼻腔カテーテル、膀胱留置カテーテル、往診医による歯科診療、往診医による皮膚科診療、口腔ケア、トリガーポイント、フットケア、鼻出血止血処置、胃管挿入、緊急時の気管内挿管、関節処置、非観血的整復固定、神経ブロック、ギプス装着・除去、湿布処置、消炎鎮痛処置、2回目以降の輸血（1回目と一連ではないと判断される場合は同意書を再度取得）、胃瘻カテーテル交換など

投薬・投与

通常の投薬、注射、末梢静脈内留置針挿入（点滴ラインの確保）、酸素投与

以下の診療項目は、医師からの説明の後、患者様またはご家族様に書面による同意をして頂きます。

説明・同意書への署名を必要とする検査・処置等

手術室でおこなう手術、麻酔、輸血、予防接種、血液製剤の投与、造影剤を使用する放射線検査、体表より深い部位の穿刺および生検などの侵襲的処置および検査、内視鏡検査（大腸カメラ、胃カメラ、関節鏡など）

個人情報保護方針

当院は、当院が保有している当院の患者様・その他関係者の個人情報について、個人情報保護に関する法令及びその他の規範を遵守し、かつ国際的な動向にも配慮して自主的なルール及び体制を確立し、以下の通り個人情報保護方針を定め、これを実行し維持することを宣言いたします。

1. 当院は、この宣言を一般に公表するとともに、当院の従業者（役員、医師・看護師・療法士・介護士等の医療従事者、事務職員、その他職員、実習生、ボランティア、パートタイマー、派遣労働者、顧問、委託契約に基づき当院施設内で当院の業務を行う者をいう）、その他関係者に周知徹底させて実行し、改善・維持してまいります。
2. 当院は、個人情報の紛失、破壊、改ざん及び漏えいなどを防止するため、情報セキュリティ対策を講じます。
3. 当院は、個人情報の入手にあたり、適法かつ公正な手段によって行い、不正な方法により入手しないことはもちろん、個人情報の主体である本人に対して利用目的等を個々に通知もしくは同意をとるか、院内への掲示、当院インターネットホームページに必要事項を告知するなど必要な措置を講じます。
4. 当院は、情報主体（個人情報の本人様）が自己の個人情報について、診療録等（カルテ）を含む個人情報の開示、訂正、利用停止等の権利を有していることを確認し、情報主体からのこれらの要求に対して異議なく応じます。このための受付窓口を設置して公表いたします。
5. 当院は、個人情報を第三者との間で共同利用したり、業務を委託するために個人情報を第三者に預託する場合、当該第三者について調査し必要な契約を締結し（契約の履行確認を含みます）、その他法令上必要な措置を講じます。
6. 個人情報の利用は、収集目的の範囲内で、具体的な業務に応じ権限を与えられた者のみが、業務の遂行上必要な限りにおいて行うものいたします。
7. 当院は、原則として個人情報の第三者への提供をいたしません。診療、医療費請求、行政機関等からの要請、医学研究等公共的要請により個人情報を第三者に提供するときは、法令上必要な措置を講じます。
8. 当院は、保有する個人情報の最新性・正確性を維持するように努めます。
9. 当院は、以下に示す内容を含む個人情報の収集、利用又は提供を行いません。
 - (1) 思想、信条及び宗教に関する事項
 - (2) 人種、民族、門地、犯罪歴、その他社会的差別の原因となる事項
 - (3) 勤労者の団結権、団体交渉及びその他団体行動の行為に関する事項
 - (4) 集団示威行為への参加、請願権の行使及びその他の政治的権利の行使に関する事項

当院における個人情報の利用目的

当院は、個人情報を次の目的に使用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

医療提供

- 当院での医療サービスの提供
- 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- 他の医療機関等からの照会への回答
- 患者様の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 検体検査業務の委託、その他の業務委託
- ご家族への病状説明
- その他、患者様への医療提供に関する利用

診療費請求のための事務

- 当院での医療・介護・労災保険・公費負担医療等に関する事務
- 審査支払機関への診療報酬明細書の提出
- 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- 公費負担医療に関する行政機関等への診療報酬明細書の提出、照会への回答
- その他、医療・介護・労災保険および公費負担医療等に関する診療費請求のための利用

当院の管理運営業務

- 会計・経理
- 医療事故等の報告
- 当該患者様の医療サービスの向上
- 入退院等の病棟管理
- その他、当院の管理運営業務に関する利用

それ以外の利用目的

- 企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等への結果の通知
- 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届け出等
- 当院内において行われる医療実習への協力
- 医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究
- 外部監査機関への情報提供
- 地域の社会資源として当院が提供する医療、介護サービスや諸活動の紹介（広報誌・ホームページ・ブログ等による）
- 特定の患者様・利用者様等の症例や事例の学会・研究会・学会誌等での報告や研究発表

附記

- 先に挙げた目的のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出ください。
- お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせて頂きます。
- 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可能です。

患者様・ご家族様・来院された方のプライバシー

- 当院では学術発表やホームページ・広報誌やブログに掲載することを目的とし、診療や治療、院内および院外での様々な活動において画像や動画を撮影することがあります。
- 掲載を希望しない方は、事前、事後に関わらず撮影者または係員までご連絡ください。ただし、印刷物や製作物の場合は、掲載後の削除には応じることができませんので、事前にご連絡をお願いいたします。
- 特に申し出がない場合は、掲載に同意したものとして取り扱います。

高額療養費について

- 令和6年12月1日より、『限度額適用・標準負担額減額認定証』及び『限度額適用認定証』が発行されません。入院時に有効期限内である認定証がある方はご利用可能です。認定証をお持ちでない方はマイナンバーカードまたは資格確認証をお持ちください。
- オンライン資格確認に同意をお願い致します。同意を頂けない場合、高額療養費の適応が出来なくなる場合があります。高額な入院費が発生する場合がございます。

| 所得の区分 | 自己負担限度額 | |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------|
| | 1年のうち3月目まで | 多数該当（4月目以降） |
| 70歳未満 区分ア 70歳以上 現役並み所得者Ⅲ | 252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% | 140,100円 |
| 70歳未満 区分イ 70歳以上 現役並み所得者Ⅱ | 167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% | 93,000円 |
| 70歳未満 区分ウ 70歳以上 現役並み所得者Ⅰ | 80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% | 44,400円 |
| 70歳未満 区分エ 70歳以上 一般所得 | 57,600円 | 44,400円 |
| 70歳未満 区分オ | 35,400円 | 24,600円 |
| 70歳以上 低所得Ⅱ | 24,600円 | |
| 70歳以上 低所得Ⅰ | 15,000円 | |

食事・生活療養費について

- 食事療養は2階病棟に入院される方、3階・4階病棟に入院される65歳未満の方が該当します。
- 生活療養は3階・4階病棟に入院される65歳以上の方が該当します。

| 食事療養 | 70歳未満 | 70歳以上 | 標準負担額（1食当たり） | |
|--------------|-----------|--------------------|-----------------|------|
| | 所得区分ア～エの方 | 現役並み所得の方 一般所得の方 | 指定難病・小児慢性特定疾病の方 | 300円 |
| | | | 上記以外の方 | 510円 |
| | 所得区分オの方 | 低所得者区分Ⅱの方 | 90日目まで | 240円 |
| 91日目以降（長期入院） | | | 190円 | |
| | 低所得者区分Ⅰの方 | 110円 | | |

| 生活療養 | 70歳未満 | 70歳以上 | 標準負担額 | |
|------|-----------|--------------------|-----------------------------------------|---------------|
| | 所得区分ア～エの方 | 現役並み所得の方 一般所得の方 | 指定難病・小児慢性特定疾病の方 | 1食300円 |
| | | | 上記以外の方 | 1食510円+1日370円 |
| | 所得区分オの方 | 低所得者区分Ⅱの方 | 指定難病・小児慢性特定疾病の方 （入院90日目まで） | 1食240円 |
| | | | 指定難病・小児慢性特定疾病の方 （91日目以降の長期入院） | 1食190円 |
| | | | 重篤な病状または集中的治療を要する方 （入院90日目まで） | 1食240円+1日370円 |
| | | | 重篤な病状または集中的治療を要する方 （91日目以降の長期入院） | 1食190円+1日370円 |
| | | 低所得者区分Ⅰの方 | 指定難病・小児慢性特定疾病の方 老齢福祉年金を受給及び境界層に該当する方 | 1食110円 |
| | | | 重篤な病状または集中的治療を要する方 | 1食110円+1日370円 |
| | | | 上記以外の方 | 1食140円+1日370円 |

入院費用のお支払い・退院の手続き

- 入院日のご請求は毎月末締めにて、翌月15日頃にお知らせいたします。
- 入院費用は原則、請求月内にお支払いください。
- 1階の会計窓口または銀行振込にてお支払いください。窓口では午前9時から午後7時まで、現金・クレジットカードでのお支払いが可能です。
- 領収書の再発行はいたしかねます。医療費控除などに必要となりますので大切に保管してください。（領収証明書の発行は有料となります。）
- 退院には医師の判断による許可が必要です。
- 入院費用のお支払いを済ませて退院（休日などは除きます）なさってください。
- スタッフへのお心遣いは固くお断りいたします。

入院セット

- 当院では院内感染防止対策及び院内の清潔維持を目的に、入院セットを導入しております。病衣やタオル類を始め入院生活に必要な日用品を幅広くご用意しており、使用制限なく必要な分だけお使頂けるものです。基本セットの他におむつセット（使用頻度により金額が異なります）のご用意がございます。
- 入院セットをご使用頂く為に、当院指定業者（ワタキューセイモア㈱）と直接契約を結んで頂きます。ご入院されていた翌月の中旬に、入院費用とは別にワタキューセイモア㈱よりご契約者様へ直接請求となりますのでご了承ください。

保険外料金一覧

- 健康保険の一部負担金、食事・生活療養費の自己負担額とは別に、下記のものをご提供した場合は別途料金がかかります。
- 理髪代以外は消費税が別途がかかります。
- 入院・同意時の料金から変更になる場合があります。その際は都度お知らせいたします。

| 日用品 | 単価 | 文書料 | 単価 |
|-------------------------|--------|-------------------|---------|
| 洗濯代（大） タオルケットなど | 350円 | 診断書・証明書（一般） | 2,000円 |
| | | おむつ証明書 | 2,500円 |
| 洗濯代（中） バスタオル・シャツなど | 210円 | 診断書（生命保険・障害・年金など） | 5,000円 |
| | | 死亡診断書 | 5,000円 |
| 洗濯代（小） パンツ・靴下など | 110円 | 臨床調査個人票（新規） | 6,000円 |
| | | 臨床調査個人票（更新） | 4,000円 |
| ※上記以外の洗濯はスタッフにご相談下さい | | 領収証明書 | 500円 |
| イヤホン（1F売店にて販売） | 280円 | 診療明細書（再発行） | 1,000円 |
| 胃瘻用腹帯 | 3,300円 | | |
| | | | |
| その他 | 単価 | その他 | 単価 |
| 冷蔵庫使用料 | 100円 | 差額ベッド料金 | 2,000円 |
| 冷蔵庫の鍵（紛失時） | 3,000円 | 死後の処置費用（看護師によるもの） | 6,000円 |
| 金庫の鍵（紛失時） | 3,000円 | 死後の処置費用（医師によるもの） | 10,000円 |
| 体温計（紛失・破損時） | 2,000円 | 付き添いベッド使用料 | 50円 |
| 理髪代（カット・顔剃り）（ベット上+230円） | 2,350円 | 付き添い布団使用料 | 150円 |
| 理髪代（カット）（ベット上+200円） | 2,130円 | 付き添い食（一般） | 500円 |
| 理髪代（顔剃り）（ベット上+170円） | 1,730円 | 付き添い食（和膳） | 1,000円 |
| | | | |

※入院時書類③ 確認・同意書の“2入院中の実費負担について”にて同意の確認をさせていただいております。

入院時書類①

患者様・ご家族の方へ

入院日 R6年 4月 1日

* 入院生活における看護援助の参考にさせていただきます。ご記入の上、入院時にナースステーションにお届けください。

| | | | |
|-------|-------------|------|------------------------|
| ふりがな | ほくせい たろう | 生年月日 | 明・大(昭)平 19年 7月 16日 79歳 |
| 患者様氏名 | 北星 太郎 | 性別 | 男()女() |
| 現住所 | 千歳市栄町3丁目〇-× | 職業 | 現(元) 大工 |

◆ 病状説明を受ける方について

| | | | | | |
|-------------------|------|---------------|-----|------------------------------|-------------------|
| 連絡先①番 (キーパーソン) | ふりがな | ほくせい いちろう | 年齢 | 続柄 | 電話: 0123-24-〇〇×× |
| | 氏名 | 北星 一郎 | 58歳 | 長男 | 携帯: 090-1234-△△□□ |
| | 住所 | 千歳市清流1丁目△-× | | 仕事: あり(職場) 0123-23-〇〇□□ (なし) | |
| 連絡先②番 | ふりがな | せいりゅう ともこ | 年齢 | 続柄 | 電話: 011-5878-××△△ |
| | 氏名 | 清流 智子 | 50歳 | 長女 | 携帯: 080-9012-□□×× |
| | 住所 | 札幌市中央区宮の沢△-×× | | 仕事: あり(職場) 0123-23-〇〇□□ (なし) | |

◆ 家族構成について

同居している方を○で囲み、別居している方は所在地を記入してください。また、亡くなられている方は×をつけて下さい。



※主に身の回りのお世話をする方

氏名 (北星 恵子) 続柄 (妻)
電話 (090-9123-〇〇××) 所在地 (千歳市栄町)

◆ 今回の入院について

いつ頃から、どうしましたか？

3日前から熱が出て、食事がとれなくなった

◆ 当院への入院に際して、どのような説明を受けましたか？

入院して、点滴をします。
1週間くらいの入院

◆ 医療金属材料について (あり / なし)

| | | |
|------------|---------------------------------|------------|
| ・心臓ペースメーカー | ・ステント(部位) | ・ポート (部位) |
| ・脳動脈クリップ | ・人工関節(部位 右股関節) | ・シャント(部位) |
| ・その他() | ※体内医療材料などの手帳やノートをお持ちの方は持参して下さい。 | |

◆ 今までの病気やケガについて

| 年齢 | 病名 | 病院名 | 経過 |
|-----|----------|------------|--------------|
| 45才 | 糖尿病 | 不明 | 治療中 治癒 手術 中断 |
| 50才 | 高血圧 | 〇×クリニック 不明 | 治療中 治癒 手術 中断 |
| 62才 | クモ膜下出血 | 恵み野病院 不明 | 治療中 治癒 手術 中断 |
| 75才 | 右大腿骨頸部骨折 | 北星病院 不明 | 治療中 治癒 手術 中断 |
| | | 不明 | 治療中 治癒 手術 中断 |

◆ 3月以内の新型コロナウイルス感染症罹患歴 あり() 月 / なし

ウラあり

◆以下のあてはまるものに○または記入をしてください。

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| アレルギーはありますか？ <input checked="" type="radio"/> あり / なし 金属 () その他 薬剤 () 食べ物 (さば 卵) | 現在服用中の薬はありますか？ <input checked="" type="radio"/> あり / なし どなたがどのように管理していますか (娘・一包化して、毎食ごとにお薬カレンダーへ) *お薬とお薬手帳を持参してください。 | インフルエンザワクチン <input checked="" type="radio"/> 済 (R5 年 11月頃) / 未 / 不明 新型コロナウイルスワクチン(直近) <input checked="" type="radio"/> 済 (R5 年 10月頃) / 未 / 不明 肺炎球菌ワクチン 済 (年 月 頃) / 未 / 不明 |
| 身長 169 cm 体重 73 kg | 半年以内に転倒したことがありますか？ <input checked="" type="radio"/> なし / あり (月 日 頃) | 喫煙 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 1日およそ (8) 本 (50) 年間継続 |

〈今回の病気やケガで入院する前の生活状況について〉

| | | | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 移動 | 独歩 歩行器 <input checked="" type="radio"/> 杖 車いす ベッド上 | 金銭管理 | <input checked="" type="radio"/> 出来る <input type="radio"/> 出来ない |
| 食事 | <input checked="" type="radio"/> 一人で食べられる 介助 経管栄養 | 外出 | 1人で出来る <input checked="" type="radio"/> 介助 |
| 食事形態 | 主食 <input checked="" type="radio"/> 米飯 おかゆ 副食 <input checked="" type="radio"/> ふ ^ろ う きざみ 水分とろみ <input checked="" type="radio"/> あり / なし | 食事準備 | 出来る <input checked="" type="radio"/> 介助 |
| 排泄 | 1人で出来る <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助(失禁：あり なし) 排便 (7 回/週) | 介助の場合どなたが作りますか？ (妻) | |
| 排泄方法 | <input checked="" type="radio"/> トイレ ポータブル 尿器 おむつ 尿管 夜間トイレに3回以上： 行 <input checked="" type="radio"/> 行かない | 買い物 | 1人で出来る <input checked="" type="radio"/> 介助 |
| 入浴 | 1人で出来る <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助 | 義歯 | <input checked="" type="radio"/> 有 (上歯・下歯) ・ 無 |
| 衣服着脱 | 1人で出来る <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助 | | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ・介護保険認定 なし ・ 申請中 <input checked="" type="radio"/> あり 要支援 1 2 要介護 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5 | ・ケアマネージャー(機関名 かわせみ 担当者 いずみ) ・利用しているサービスに○を記入してください。 訪問診療・訪問看護・訪問介護・デイサービス・デイケア 訪問リハビリ・訪問入浴・その他() |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 〈入院元〉 <input checked="" type="radio"/> 自宅 施設() 病院 | 〈退院先〉 <input checked="" type="radio"/> 自宅 施設() 検討中 |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

・どのようになって退院されたいですか。 例：一人でトイレに行けるようになる

〔 **ごはんが食べられて、一人でトイレにいける** 〕

・ご本人または、ご家族からご要望がございましたら、お書きください。

〔 **耳が遠いので大きな声で話しかけてほしい** 〕

・信仰上の理由で何か制限があればお書きください

〔 **なし** 〕

◆この用紙を記入した方： 本人 その他 (氏名 **北星 一郎**)

ご協力ありがとうございました
 受け取りNsサイン ()

入院誓約書 記載例

令和〇年4月1日

医療法人社団 いずみ会 北星病院長 様

北星病院への入院に際し、下記事項を遵守することを保証人と連帯して誓約いたします。

- ① 受療に関する規則や注意事項(入院のご案内参照)、その他の指示を守ります。
- ② 入院料やその他の諸費用は遅滞なくお支払いします。
- ③ 連帯保証人は前項の支払について極度額100万円の限度で連帯保証します。
- ④ 貴院から連帯保証人に対して入院治療における医療費及び諸費用の請求があったときは、患者様ご本人に対しても同様の請求があったものとするに同意します。
- ⑤ 連帯保証人が貴院に対して入院治療における医療費及び諸費用の債務承認をしたときは、患者様ご本人も同様に債務承認をしたものとするに同意します。

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| (フリガナ) | ホクセイ タロウ | 明・大・昭平・令 | |
| 患者氏名 | 北星 太郎 | Y年M月D日生(XX歳) | |
| 現住所 | 〒066-0081 千歳市清流〇丁目△-□ | 電話 (0123) △△-〇〇〇〇 | |
| 勤務先 | なし | 電話 () — | |
| (フリガナ) | ホクセイ ハナコ | 患者との関係 | |
| 入院費用の 連絡先氏名 | 北星 花子 | 長女 | |
| 入院費用の 連絡先住所 (郵送の場合) | 〒 - 患者と同じ | 電話 (0123) ▲▲-〇〇〇〇 | |
| 連絡方法等 | <input checked="" type="checkbox"/> 請求書の送付 <input type="checkbox"/> 請求書を病室に届ける <input type="checkbox"/> 電話連絡 <input type="checkbox"/> 連絡は不要 <input type="checkbox"/> その他(下欄に記載) (入院費用の支払い方法・連絡方法等についてご希望ございましたら、ご記入ください) | | |
| 連 帯 保 証 人 | 私は、上記患者の北星病院への入院について、患者の身元に関する一切の事項を保証するとともに、上記事項を遵守することを患者と連帯して誓約いたします。 令和〇年4月1日 | | |
| | (フリガナ) | ホクセイ ジロウ | 患者との関係 |
| | 氏名 | 北星 次郎 (北星) | 次男 |
| | 現住所 | 〒066-00■■■ 千歳市■■■△丁目□-〇 | 電話 (0123) 〇〇-△△△△ |
| 勤務先 | 株式会社いずみ | 電話 (011) 〇〇〇-□□□ | |

令和〇年4月1日

患者様氏名 北星 太郎

(患者様が未成年者等で記載ができない場合は、代理の方の記載をお願いします。)

代理の方の氏名 清流 花子 続柄 (長女)

1.入院履歴について

- ◎ 退院証明書をお持ちの方は1階受付窓口へ提出してください。お持ちでない方は下記の質問にお答えください。
◎ 過去3ヶ月以内に他の医療機関に入院したことがありますか？

 はい ・ いいえ

入院したことがある方は、わかる範囲でよろしいので下記の質問にお答えください。

病医院名: 〇〇病院 (肺炎で)入院期間: 〇年8月11日~ 〇年9月20日

2.入院中の実費負担について

「入院のご案内」 保険外料金一覧表に記載された料金が発生した場合、料金を負担することに

 すべてに同意する ・ 一部同意する

※保険外料金一覧は裏に記載がございます。一部同意するを選択された場合は裏に必ず個別でチェックをお願い致します。なお、同意を頂けない項目がある場合はそれぞれのご利用、ご使用をお控え頂きますので予めご了承下さい。

3.当院における包括同意について

「入院のご案内」 北星病院における包括同意の内容を理解し、医療行為が行なわれることに

 同意する ・ 同意しない

4.オンライン資格確認の同意について

マイナンバーカードや保険証から、高額療養費や処方歴、特定健診の結果の確認を当院で行うことに

 同意する ・ 同意しない

ご記入が済みましたら、1階受付窓口へ提出してください。

各病棟のご案内

2階

急性期一般病棟 40床

- ・骨折などに対する手術や肺炎などに対する集中的な治療（急性期治療）を行なう病棟です。

3階

回復期リハビリテーション病棟 50床

- ・手術後や急性期治療後に、在宅復帰を目指して集中的なリハビリテーションを行なう病棟です。

4階

医療療養病棟 50床

- ・継続的に医療が必要な状態の患者様の長期療養、在宅復帰や施設入所調整を行なう病棟です。

面会について

- 当院では新型コロナウイルス等感染対策を行っているため、面会は当面、予約制とさせていただきます。平日の14:00~16:30のみ実施しており、総合受付及びお電話にてご予約を頂いております。ご不便をおかけいたしますが、ご理解、ご協力の程よろしくお願い致します。
- 患者様の状態により、面会をお断りする場合がございます。あらかじめご了承ください。

在宅・通所サービスのご案内

訪問診療

訪問リハビリ
テーション

通所リハビリ
テーション

訪問薬剤管理指導

訪問栄養食事指導

居宅療養管理指導
医師・薬剤師・管理栄養士

トータルでサポート
いたします

併設施設のご案内

北星館

介護老人保健施設 100床 在宅復帰や療養継続を支援いたします

かわせみ

指定居宅介護支援事業所 ケアプラン作成や各種相談をお受けいたします

メモ