

入院のご案内は、当院のホームページでもご覧いただけます。



<https://www.saidaiji-hp.or.jp/hospitalization/>



ここをクリック



外来案内



入院案内



健診案内



透析案内

入院診療費請求お伝え先について

患者氏名：病棟：階

☐	患者様へお伝え		
☐	ご家族様等へお伝え	お名前：続柄：	
		ご連絡先：	
		繋がりにくいお時間：	
		郵送先住所： 〒	

※どちらか1つに☑をお願いします。

※1階 総合受付に提出をお願いします。

(注)「ご家族様等へのお伝え」を希望された場合、
入院期間中の診療費(定期請求分)については、
原則、郵送でお伝えさせていただきます。
なお、退院時は電話等で概算額をお伝えさせていただきます。

入院における重要事項の説明書

岡山西大寺病院

様式 3

患者氏名： _____ 様

1 入院生活上のルール遵守について

迷惑行為（院内での喫煙、飲酒、暴言・暴力、ハラスメント、無断離院、無断撮影・録音等）、掲示物・入院案内等で示している入院生活上のルールを守れない、また医師および看護職員等の医療上の指示に従わないなどにより、入院生活を継続することが困難と病院が判断した場合は、速やかに退院していただきます。

2 金銭等持参物の管理について

入院中の多額の金銭や貴重品のお持込は、原則として差し控えていただいております。個人で管理されている金品、眼鏡、補聴器、入れ歯、杖等の紛失や盗難などが発生した際には、病院側では責任を負いかねます。

3 転倒・転落について

入院中は不慣れな環境や病状の変化など様々な要因により、ご自宅で生活されていたときよりも転倒・転落の危険性が高まります。転倒・転落により骨折や脳内出血など大きな外傷に至ることがあります。私たち職員は、可能な限り付き添いや見守り、生活環境を整備しながら、転倒・転落の予防に努めております。そして、そうした事態が発生した際には、直ちに画像検査と専門医の診察及び治療を行います。また特に転倒の危険性が高い患者様には、ご本人、ご家族にもご了解を得ながら、離床センサー等の補助用具を使わせていただくことがあります。しかし、これらの対策を講じても、入院中に発生する全ての転倒・転落を防止することはできません。ご理解のほどお願いいたします。

4 院内感染症の発生について

感染症対策に最大限の注意を払っておりますが、新型コロナウイルス感染症や季節性インフルエンザなど、院内での感染症発生を完全に防止することはできません。患者様にも入院中のマスク着用や適切な手洗い、手指消毒などへのご協力をお願いいたします。

院内で感染者が発生した場合、各種の検査・治療やリハビリの中断、退院延期などを必要とする場合があります。また病室隔離やウイルス検査をさせていただくことがあります。

患者様本人の感染が確認された場合、必要な検査・治療を行います。適切な治療を行っても期待されるような治療結果が得られないことや転院治療が必要なことがあります。なお、この場合に発生する費用（医療費、入院期間延長に伴う経費など）については、保険診療のルールなどに従って患者様にご負担いただくことになります。ご理解のほどお願いいたします。

令和 年 月 日

確認者： _____
(患者様との続柄)

医事課	説明担当者

入院証・入院申込誓約書

岡山西大寺病院 院長 殿

この度、貴院に入院するにあたり、下記事項を厳守し、決してご迷惑をお掛けしないことを連帯保証人と共に約束いたします。

- ☐ 入院中に他医療機関は受診しません。
- ☐ 入院中にご家族が代理で他医療機関で処方を受けた場合、医療費を自費で支払います。
- ☐ 「入院のご案内」に記載する注意事項/規則を守り、違反した場合は退院指示に従います。
- ☐ 連帯保証人は、入院医療費等の支払債務について、患者本人・その他の支払義務者と連帯して保証債務を負います。ただし、連帯保証人の保証極度額は各々100万円とします。
- ※ 連帯保証人は保証人の自署でご記入下さい。やむを得ず代筆する場合は、必ず連帯保証人に承諾を得て☑をしてください。

■入院日 令和 年 月 日

フリガナ

【患者記入欄】

■患者氏名 印

■保護者氏名
(未成年の場合) 印

■住所

■生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
平成・令和

■電話番号 自宅 携帯

■記入日 令和 年 月 日

フリガナ

連帯保証人の
承諾済み連帯保証人
(兼身元引受人)
記入欄

①

■連帯保証人氏名 印

■年齢・続柄・職業 ・年齢(歳) ・続柄 ・職業

■住所

■電話番号 自宅 携帯

■記入日 令和 年 月 日

フリガナ

連帯保証人の
承諾済み連帯保証人
記入欄

②

■連帯保証人氏名 印

■年齢・続柄・職業 ・年齢(歳) ・続柄 ・職業

■住所

■電話番号 自宅 携帯

[限度額適用認定について]

マイナンバーカード又は限度額適用認定証を持参せずに、病院のオンライン資格確認で限度額を確認することに同意される場合は、☑をつけて下さい。

☐ オンラインで限度額を確認することに同意する

[個人情報の取扱いについて]

患者様のご入院の有無、お部屋番号のお問い合わせがあった際、お知らせをご希望されない場合は、☑をつけて下さい。

☐ 個人情報のお問い合わせに回答を希望しない

患者負担と自己負担限度額一覧

○70歳未満の自己負担限度額

高額療養費制度（医療保険）			
対象者	負担割合	自己負担限度額（月額）	多数該当
上位所得者（区分ア）	3割	252,600円+(医療費－842,000円)×1%	140,100円
上位所得者（区分イ）		167,400円+(医療費－558,000円)×1%	93,000円
一般（区分ウ）		80,100円+(医療費－267,000円)×1%	44,400円
一般（区分エ）		57,600円	44,400円
低所得者（区分オ）		35,400円	24,600円
☆高額長期疾病患者の自己負担限度額（月額）：10,000円。ただし、人工透析を要する 上位所得者（月収530,000円以上）については20,000円			

- (1) 70歳未満の自己負担限度額は、医療機関ごと・入院、外来別に適用
- (2) 上位所得者は月収530,000円以上の者（収入により自己負担額は2つに区別されます）
- (3) 一般所得者も収入により自己負担額は2つに区別されます（区分エは月収260,000円以下）
- (4) 多数該当とは、直近1年間における4回目以降の自己負担限度額（月額）
限度額認定証の長期入院該当年月日に日付が記載してあれば適用
- (5) 高額長期疾病患者とは、慢性腎不全・H I V・血友病の患者

○70歳以上75歳未満の自己負担限度額

高額療養費/自己負担限度額（月額）				
対象者	負担割合	世帯単位（入院・外来）	個人単位（外来のみ）	多数該当
現役並所得者Ⅲ	3割	252,600円+(医療費－842,000円)×1%		140,100円
現役並所得者Ⅱ		167,400円+(医療費－558,000円)×1%		93,000円
現役並所得者Ⅰ		80,100円+(医療費－267,000円)×1%		44,400円
一般	2割	57,600円	18,000円(年間上限額144,000円)	44,400円
低所得者Ⅱ		24,600円	8,000円	
低所得者Ⅰ		15,000円	8,000円	
☆高額長期疾病患者の自己負担限度額（月額）：10,000円				

- (1) 低所得者Ⅱは、世帯員全員が①市町村民税非課税者、あるいは②受診月に生活保護法の要保護者であって自己負担限度額・食事標準負担額の減額により保護が必要でなくなる者
- (2) 低所得者Ⅰは、世帯員全員が低所得者Ⅱに該当し、さらに世帯所得が一定基準以下
- (3) 70歳以上の自己負担限度額は世帯単位（入院・外来含む）・個人単位（外来のみ）別に適用

○75歳以上の自己負担限度額（令和4年10月1日～）

高額療養費/自己負担限度額（月額）				
対象者	負担割合	世帯単位（入院・外来）	個人単位（外来のみ）	多数該当
現役並所得者Ⅲ	3割	252,600円+(医療費－842,000円)×1%		140,100円
現役並所得者Ⅱ		167,400円+(医療費－558,000円)×1%		93,000円
現役並所得者Ⅰ		80,100円+(医療費－267,000円)×1%		44,400円
一般2	2割	57,600円	18,000円 または 6,000円+(医療費－30,000円)× 10% の低い方	44,400円
一般1	1割	57,600円	18,000円	44,400円
低所得者Ⅱ	1割	24,600円	8,000円	
低所得者Ⅰ	1割	15,000円	8,000円	
☆高額長期疾病患者の自己負担限度額（月額）：10,000円				

○入院時食事標準負担額（1食につき）

一般（70歳未満）	70歳以上の高齢者	標準負担額（1食当たり）		令和7年4月1日～
上位所得者（区分ア・イ）	現役並み 一般	490円		510円
一般（区分ウ・エ）				
低所得者（区分オ）	低所得者Ⅱ	90日までの入院	230円	240円
		91日以降の入院	180円	190円
該当なし	低所得者Ⅰ（老齢福祉年金者）	110円		110円

- (申請先) 国民健康保険加入者 → 住民票の管轄の区役所
 社会保険加入者 → 管轄の社会保険事務所
 共済保険加入者 → 各共済保険者
 組合保険加入者 → 各組合保険者
 後期高齢者加入者 → 各福祉事務所及び区役所の後期高齢者医療担当

★なお、提出物など準備するものは申請先により異なる場合がございますので、上記の該当する施設へ事前にご確認ください★

患者基本情報

提出先：病棟
様式 1

I D :		※施設からの入院、1泊2日の検査入院の方は表面のみご記入ください			
フリガナ	年齢	性別	身長	体重	
患者氏名	歳	☐ 男性 ☐ 女性	cm	kg	

緊急連絡先（優先順にご記入ください） 病状説明を受けられる方は左側の枠内に○印を付けてください

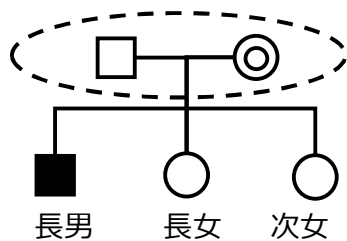
①	フリガナ	続柄	連絡先	
キーパーソン	氏名		携帯	-
			自宅	-

②	フリガナ	続柄	連絡先	
キーパーソン	氏名		携帯	-
			自宅	-

家族構成をご記入ください。（同居家族またはキーパーソンが分かる範囲）

<凡例および記入例>

- 本人：◎
男性：□
女性：○
死亡：塗りつぶし
同居：点線で囲む



--

今回入院となった経緯をご記入ください。（いつ頃から、どのような症状、他の医療機関を受診したかなど）

--

これまでの病気や大きなけが、また現在治療中の病気をご記入ください。

年	病名	病院名	手術	治療状況
例) 2020 年頃	左大腿骨骨折	岡山赤十字病院	あり・なし	完治・治療中・薬 ()
年頃			あり・なし	完治・治療中・薬 ()
年頃			あり・なし	完治・治療中・薬 ()
年頃			あり・なし	完治・治療中・薬 ()
年頃			あり・なし	完治・治療中・薬 ()

体の中に人工物が入っていますか？該当するものに✓を付けてください

- ☐ なし ・ ☐ あり ⇒ ☐ 人工弁 ☐ スtent ☐ ペースメーカー ☐ 人工血管 ☐ 人工関節
☐ その他 ()

アレルギーはありますか？

- ☐ なし ・ ☐ あり ⇒ 食べ物 () 薬剤 ()

治療上、輸血が必要となった場合は受けますか？

- ☐ 治療上必要なので受ける ☐ いかなる状況でも受けない

生活習慣について

1. 喫煙について

☐吸わない ☐禁煙した 喫煙歴（ ）年
☐吸う （ ）歳から / 1日（ ）本

2. 栄養の摂取方法について

☐経口 ⇒ ☐普通 ☐一口大 ☐キザミ ☐ペースト ☐その他（ ）
水分： ☐薄イトロミ ☐濃イトロミ
☐非経口 ☐胃瘻 ☐腸瘻 ☐IVH ☐CVポート ☐その他（ ）
※栄養剤の種類（ ） 注入量（朝： 昼： 夕： ）
白湯量（朝： 昼： 夕： ）
※最終食事（ ）月 日 午前・午後 時 分頃

3. 義歯について

☐なし
☐あり ⇒ ☐上下とも ☐上のみ ☐下のみ ☐部分

4. 日常生活の自立度について

①移動 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助
※補助具 ⇒ ☐松葉杖 ☐歩行器 ☐3～4点杖 ☐T字杖 ☐車いす ☐シルバーカー
②食事 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助
③更衣 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助
④入浴 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助
⑤排泄 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助
(日中) ☐リハビリパンツ (☐失禁あり ☐失禁なし) ☐ポータブルトイレ ☐おむつ
(夜間) ☐リハビリパンツ (☐失禁あり ☐失禁なし) ☐ポータブルトイレ ☐おむつ
⑥内服管理 ☐自己管理 ☐家庭管理 ☐施設管理

5. 認知・知覚について

①認知症 ☐なし ☐あり
②視覚障害 ☐なし ☐あり
③聴覚障害 ☐なし ☐あり ※補聴器 ⇒ ☐なし ☐あり（右・左・両方）
④言語障害 ☐なし ☐あり
⑤麻痺 ☐なし ☐あり ※部位 ⇒ ☐上肢（右・左） ☐下肢（右・左）

介護保険の認定について

☐なし
☐あり ⇒ ☐要支援（1・2） ☐要介護（1・2・3・4・5） ☐申請中
担当ケアマネージャー： 氏名（ ） 連絡先（ ）

生活の状況について

☐自宅 ※サービス利用 ☐なし ☐あり ⇒ ☐訪問看護（週 回） ☐ヘルパー（週 回）
☐入浴サービス（週 回） ☐デイサービス（週 回）
☐施設 施設名（ ）
施設の種類の種類（ ☐特養 ☐老健 ☐ケアハウス ☐グループホーム ☐住宅型有料 ）

病室備付テレビご利用説明書及び申込書

病室備付テレビのご利用に関しまして、下記説明文書をよくお読みの上、お申し込み下さい。

- ① ご利用料金は定額料金 **1 日、330 円**（税込）となります。
- ② ご利用料金は**ご利用開始日から**発生致します。
※お申込みの時間帯に関わらず日額料金が発生致します。
- ③ 途中でご利用中止をした場合、中止した当日にも料金は発生致します。
※事前に中止日をご連絡頂いた場合は、中止の前日までの課金となります。ご利用中止に当たり、中止作業を翌日行う場合がございますが、その間の料金の発生は致しません。
- ④ 患者様のお申し出により、ご利用中止、再開を行うことができます。
※一時帰宅やお戻りの場合に限り、中止・再開をさせていただきます。
- ⑤ ご利用料金は**入院医療費と一緒にご請求**させていただきます。
※診療費請求書兼領収書の保険外項目、テレビ代として記載されます。
- ⑥ テレビを利用される場合、イヤフォンが必要となります。院内でもご用意しております（1 セット 366 円買い切り）ので、必要な場合は病棟スタッフまでお申し付けください。

病室備付テレビの利用について

☐ 申し込みます

☐ 申し込みません

【ご利用開始日】 令和 年 月 日

患 者 氏 名 _____

代理人氏名 _____

※代理人欄は、本人が未成年または署名できない場合に記入して下さい。

イヤフォン 希望	
有	無

ご不明な点は医事課職員までお問い合わせ下さい。

自費徴収同意書

【様式5】

療養の給付(保険内)以外で、入院生活において下記の医療材料及び消耗品が必要となった際の利用について同意します。

【記入日】 令和 年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

* 代理人欄は、本人が未成年または署名できない場合に記入して下さい。

記

医療材料及び消耗品の利用の際には、スタッフから説明をさせていただきます。

☑欄	医療材料	金額
	弾性ストッキング(ショート)	¥2,200
	マックスベルト(L・LL)	¥2,200
	マックスベルト(M)	¥1,980
	三角巾	¥440

☑欄	その他	金額
	付添寝具	¥330
	付添時食事(朝)	¥550
	付添時食事(昼)	¥770
	付添時食事(夕)	¥770

☑欄	消耗品	金額
	吸い取るブラシ	¥839
	吸い取るブラシ(3本)	¥2,305
	入れ歯ケース	¥220
	イヤホン	¥366
	スリッパ	¥110
	歯磨き粉	¥110
	入院セット (紙コップ・割りばし・スプーン)	¥110

☑欄	消耗品	金額
	オーラルバランスジェル	¥2,305
	くるリーナ	¥755
	スポンジブラシ(1本)	¥44
	スポンジブラシ(5本)	¥220
	使い捨てエプロン	¥440
	ティッシュ(1箱)	¥110
	マスク(1箱)	¥500

☑欄	その他	金額
	エンゼルケア(浴衣あり)	¥16,500
	エンゼルケア(浴衣なし)	¥11,000

* 上記金額には消費税が含まれています

岡山市東区金岡東町1-1-70
社会医療法人盛全会
岡山西大寺病院

【面会のご案内】

★面会時間：月～土 午後2:00～5:00

※日・祝は面会不可

★1回あたり10分まで

★人数：2名まで（親族に限る・小学生以上）

★マスク着用

★場所：ラウンジ（詰所西側：ハローズ側）

★一週間に2回程度

※患者様の状態が介助を要する場合

⇒午後3:00～4:00の間、病室での面会
へ変更となりますのでご注意ください

【注意事項】

- ・必ずマスクの着用をお願いします
- ・原則、病室での面会はできません。
- ・飲食は禁止です。
- ・発熱、咳などのかぜ症状がある場合は面会できません。

【荷物の受け渡し&その他】

- ・面会時間内で対応します。詰所にお声掛けください。

感染対策ご協力をお願い

入院中は職員だけでなく、患者さんも感染対策の当事者として「**うつらない・うつさない**」ための

感染対策（手指衛生・マスク装着）

にご理解とご協力をお願いいたします。

新型コロナやインフルエンザの感染拡大の中、当院でも患者さんを守るため、感染対策には最善の注意を払っておりますが、**入院時検査後に発症した方などから新型コロナやインフルエンザに罹患する可能性がありますこと、**
何卒ご了承ください。

岡山西大寺病院 病院長
院内感染対策委員会

マスク着用のお願い

感染症拡大防止のため、入院中は**マスクの着用**をお願いしております。

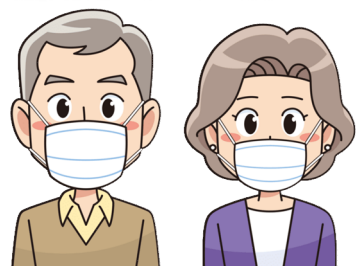
入院の際には、マスクをご持参いただきますようご協力お願い致します。

※お忘れの際や不足した場合は院内でお求め頂くことも可能ですので、病棟でお声掛け下さい。

1箱（50枚入）500円（税込）

下記の場合は必ずマスクを着用していただきますようお願いいたします。

- 診察、看護、検査、リハビリ等を受けるとき
- 病室内で同室者と2メートル程度の距離が維持できないとき
- 病室から出るとき
- 咳、くしゃみ等の症状があるとき



ご理解とご協力のほど、よろしくお願い致します。

マスクの正しいつけ方



正しい着用

プリーツを上下にひらき、マスクを広げる。顔にあて、ノーズフッター部分が鼻筋にフィットしたら、顔にフィットさせながら耳かけゴムを耳にかける。



着用したマスクを顎にかける

顎についたウイルスなどの飛散物がマスクの内側についてしまう恐れがある。



鼻がでている

自分の咳などが飛散しない効果はあるが、鼻からのウイルスの侵入を防げない可能性がある。



サイズが合っていない

マスクと皮膚の隙があいであたり、口や鼻を十分に保護できない。



マスクの外側を頻繁に手で触る

マスクに付着したウイルスが、手に移ってしまう可能性があります。



マスクのはずし方

マスクの表面にウイルスなどの飛散物が付着している可能性があります。耳にかけるゴムの部分を持ってはずします。



食事などでマスクをはずす時は、顔に触れる面を内側に折りたたみ、清潔なビニールなどにしまいましょう。

マスクは正しくつけてこそ効果があります。
マスクの正しいつけ方を知り、感染症を予防しましょう。

入院中は**靴**を履こう

?



何で靴がいいの？



スリッパなど**かかとのない靴**は

滑る・脱げる・つまづくなど

転ぶ可能性が高くなるの



ご家族の方へ

入院中は**靴の準備**をお願いします

履きやすい靴

かかとがある靴



マジックテープ

伸縮性のある素材



持ち手が
あるもの

