

# 入院のしおり



医療法人 社団 増原会  
東 城 病 院

この“しおり”は、患者様の東城病院での療養生活について作成したものです。

最後までよく読んでご理解いただきますようお願い致します。

尚、当院は病院内‘禁煙’となっております。ご協力をお願い致します。



### 1-(1) 入院時に用意していただく日用物品について

|                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> パジャマ又は浴衣 4枚以上(ワンサイズ大きめ・マジックテープ不可・ボタンは大きめ)                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 履物：上履き等の滑りにくい靴（スリッパ不可・必要時連絡します）・靴下 2～3足                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 下着 4組以上（ワンサイズ大きめの前開き・マジックテープ不可・ボタンは大きめ）                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> タオル 15枚（厚手でない物）                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> バスタオル 5枚（普通サイズの厚手の物 体位交換にも使用します）                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> ハンドタオル 5枚（タオルの半分くらいの大きさ）                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・歯磨き用プラスチックコップ・歯磨き粉                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤（ポリデント、タフデント等）                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 義歯を入れる容器                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 入浴用具（ボディーソープ、シャンプー（ポンプ式の液体・詰め替え用不可）、洗面器）                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> ボディークリーム（ポンプ式）                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 電気シェイバー（男性の方）                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> フタ付バケツ、（25ℓ位容量の物）                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 上記バケツ内の袋（25ℓ位の袋）・持ち帰り用の袋（洗濯物を入れます。）                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> オシメ類 <ul style="list-style-type: none"><li>・おむつ カバータイプ（例：ライフリーのび～るフィットテープ止め）</li><li>・尿取りパッド 日中用 600ml（例：ライフリー外モレ安心さらさらパッド）<br/>夜間用 1000ml（例：ライフリー一晩中安心 Skin Condition ウルトラ）</li><li>・はくパンツ（リハビリパンツ）</li><li>・かんたん装着パッド</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> 落とし紙                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 箱ティッシュ                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> おしり拭き                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 手・口用ウェットティッシュ                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> ウェットシートのふた                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 歯磨きティッシュ                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 口腔ケアブラシ                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 口腔ケアジェル                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 使い捨てエプロン                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> とろみ剤（スティックタイプ）                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> スプーン大小2種類（柄の長い物）・箸                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> フタ付ストロー付コップ（100均のものでいいです。）                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 現在服用されているお薬                                                                                                                                                                                                                       |



※以上の物品は必ずご家族様がロッカーに収納してください。

また、病棟からの物品補充は致しかねますので、適宜在庫の確認をお願いします。

※持参物には必ず氏名をフルネームで大きく記入してください。

※その他必要な物があればご連絡します。(電話代を1回につき100円頂きます)

※はさみ・ナイフなどの危険物の持ち込みはご遠慮ください。

## 1-(2) 衣類・日用品レンタル

- ・(株)アメニティとのご契約となります。詳しくは病棟看護師にお問い合わせください。  
レンタルにはおしり拭き・洗濯代も含まれます。

## 2 面会について

- ・面会時間：原則14:00～18:00 (緊急時はこの限りではありません)  
面会の際には患者様の安静と治療に支障がないように面会時間をお守り頂き  
短時間をお願いします。  
面会謝絶の場合には、看護師に相談してください。
- ・多数での面会は、他の患者様の迷惑になるとともに、患者様ご自身の興奮につながりますので、1回につき2人まで・10分以内をお願いします。
- ・防犯上、休診時の面会は夜間出入り口のインターフォンでお知らせください。
- ・下痢もしくは風邪症状のある方の入室はご遠慮願います。
- ・面会チェック表に患者様氏名・面会希望者名・時間の記入をお願いします。
- ・感染症流行時は面会を禁止にさせて頂くことがございます。ご了承ください。



### 3 防犯について

- ・病院は、不特定多数の方の出入りがありますので、入院中は多額の現金や貴重品はお持ち込みにならないようにお願いします。当院スタッフでは管理致しかねます。
- ・なお、万一盗難・紛失にあわれた場合は当院では責任を負いかねますので了承ください。

### 4 外出・外泊について

- ・外出・外泊は、医師の許可のもと「外出・外泊許可届出用紙」の記載が必要となりますので、看護師にお申し出ください。
- ・帰院時間はできるだけ厳守くださるようお願いいたします。
- ・外出・外泊時、帰院された際には看護師にお声掛けください。

### 5 電気製品等について

- ・原則として、電気製品等の院内への持ち込みはお断りしております。
- ・ラジオを使用される場合は必ずイヤホンをご使用ください。
- ・テレビを希望される場合はレンタルとなります。イヤホン付きで日額275円です。ご利用の方は看護師までお声がけください。

### 6 洗濯等について

- ・備え付けの洗濯機はございませんので、ご家族の方でお願い致します。

### 7 携帯電話の使用について

- ・院内の一部の場所で携帯電話の使用が可能です。
- より良い医療環境を保つため、院内ではマナーモードにするなど、周りの皆様へのご配慮をお願いします。



### 8 個人情報について

- ・プライバシー保護のため細心の注意をはらっております。
  - ・ルームネームやベッドネームの掲示を希望されない方は入院時に申し出てください。
- 又、面会者への病室案内や問い合わせを希望されない方は申し出てください。

### 9 寝具について

- ・寝具は基準寝具となっております。シーツは週1回交換します。
- ・院内感染防止のため、寝具の持込はご遠慮ください。

### 10 食事について

- ・食事は、朝7:30 昼11:30 夕18:00となっております。
  - ・病院食以外の飲食については、治療と関係しますので看護師に相談の上行ってください。
- なお、**酒類の持込や飲酒は厳禁です。**





## 1 1 付き添いについて

- ・何らかの事由により付き添いを希望される場合には、主治医の許可を得て、付き添う事ができますので、看護師に相談してください。
- ・付添許可書用紙に記入をお願いします。
- ・付添寝具は各自でご用意ください。

## 1 2 入浴について

- ・入浴は主治医の許可が必要です。看護師の指示に従ってください。

## 1 3 転室について

- ・病状によっては転室をお願いする事があります。ご了承ください。

## 1 4 散髪について

- ・髪が伸びた際には散髪を美・理容院へ依頼しております。
- 1 回 3,000 円で入院費と併せてのご請求とさせていただきます。

## 1 5 避難について

- ・非常時には看護師の指示に従ってください。
- 又、非常口は入院時に必ず確認しておいてください。



## 1 6 入院生活での主な日課について

- ・当病院での一日の生活は概ね次の様になっています。

### 【療養病棟】

|             |                 |                               |
|-------------|-----------------|-------------------------------|
| 6 時 0 0 分   | 起 床、モーニングケア、検 温 |                               |
| 7 時 3 0 分   | 朝 食             |                               |
| 8 時 0 0 分   | 回 診             | ※入浴及び清式は 9 : 00 ~ 12 : 00 の間に |
| 9 時 0 0 分   | 検 温             | 行います。                         |
| 1 1 時 3 0 分 | 昼 食             | ※リハビリの必要な方は理学療法士により           |
| 1 4 時 0 0 分 | 検 温             | 随時行います。                       |
| 1 8 時 0 0 分 | 夕 食             |                               |
| 2 0 時 0 0 分 | 検 温             |                               |
| 2 1 時 0 0 分 | 消 灯、就 寝         |                               |

- ・その他、適宜おしめ交換等をさせていただきます。
- ・夜間、1 ~ 2 時間毎に看護師等が、巡視、体位変換を行います。

## 1 7 入院に要する費用について（1 ヶ月）

- ・別紙をご参照ください。

## 1 8 入院費用のお支払いについて

- ・入院中の医療費は、毎月、月末に計算します。
- お支払いは毎月 1 1 日頃以降に、1 階受付へお越しください。

各クレジットカード、デビットカード（キャッシュカード）のご利用も可能です。  
なお、遠方にてお支払が難しい場合は、下記口座へのお振込みをおねがいたします。  
お振込み手数料はご自身でご負担ください。

|          |                                  |
|----------|----------------------------------|
| 振込先金融機関名 | 広島銀行 東城支店                        |
| 預 金 種 別  | 普 通                              |
| 口 座 番 号  | 9 4 0 1 1 9                      |
| フリガナ     | イリョウホウジンシャダンマスハラカイ リジチョウ マスハラシヨウ |
| 口座名義人    | 医療法人社団 増原会 理事長 増原 章              |



## 19 保険給付外の自己負担について

- ・「保険給付外の負担について」の規定料金により、その実費を負担して頂きます。

## 20 その他

- ・ 保険証・マイナンバーなどの書類等、貴重品は、絶対に荷物の中へ入れないで下さい。  
コピーを貰ったらすぐに返却しますので、お持ち帰り下さい。
- ・ 他事務手続きに必要な物は別紙参照してください。
- ・ 主治医に面談を希望される方は、病棟看護師にご相談ください。
- ・ 入院中にお困りの事がございましたら、遠慮なく職員にお申し付けください。  
尚、外来ロビーと2階談話室に意見箱を設置しております。  
患者様からの貴重なご意見をいただき、療養環境の向上に努めてまいります。

庄原市東城町川東1463-1  
医療法人社団増原会 東城病院  
TEL：08477-2-2150  
FAX：08477-2-2152

# 保険給付外の負担について

| 項目                           | 単位  | 金額       |
|------------------------------|-----|----------|
| マックスベルト（S, M, L）             | 1 枚 | 2, 529 円 |
| マックスベルト メッシュ（S, M, L）        | 1 枚 | 2, 090 円 |
| 浴衣（男性・女性）                    | 1 枚 | 3, 300 円 |
| クリーニング（※令和 6 年 12 月末迄の契約者のみ） | 1 回 | 880 円    |
| 診断書（当院様式）                    | 1 通 | 1, 650 円 |
| 入院・通院証明書                     | 1 通 | 3, 300 円 |
| 死亡診断書                        | 1 通 | 3, 300 円 |
| 身体障害診断書                      | 1 通 | 5, 500 円 |