

# 入院のご案内

2025 年 8 月改訂版



医療法人社団伊豆七海会  
**熱海所記念病院**

## 理 念

いつでもかけられる心やすらぐ病院

働きがいのある明るい病院

地域と共に歩む開かれた病院

## 基 本 方 針

1. 患者さんを中心とした医療に努めます。
2. 救急医療体制の充実に努めます。
3. 医療連携により、地域医療の向上に努めます。
4. 患者さんの権利とプライバシーの保護に努めます。
5. 医療人としての資質の向上に努めます。
6. 良質な医療環境の提供に努めます。
7. 効率的で安定感のある健全経営に努めます。

## 患者さんの権利

1. 平等で最良の医療を受けることができます。
2. 人格、価値観などを尊重され、医療提供者との相互の協力関係のもとで医療を受けることができます。
3. 十分な説明を受け、自らが医療を選択し、決定することができます。
4. 医療機関を自由に選択（変更）することができます。
5. 他の医師の意見（セカンドオピニオン<sup>※</sup>）を求めることができます。
6. 自分の受けている医療について知ることができます。
7. プライバシーの保護を受けることができます。

※ セカンドオピニオンとは、本来「主治医以外の医師の意見」という意味で、具体的には当院の医師による診断や、治療説明のほかに、他の医療機関の医師の意見も聞き、納得して治療を受けるシステムのことです。他の医療機関の医師の意見を必要とされる場合には、当院の検査データを添えて紹介状をお渡しいたします。

## 患者さんへのご案内

様

---

入院日          月          日 (          )          時

ご入院手続きの際に必要な書類を同封いたしましたので、  
事前にご記入のうえ、当日ご持参いただきますよう宜しくお願いいたします。

お手数をおかけして申し訳ありませんが、  
何卒ご理解・ご協力の程宜しくお願いいたします。

ご不明な点等ございましたら、お気軽にお問い合わせください。



担当：入退院受付

0557-82-3000 (代表)

# 目次

## 1. 入院手続きのご案内 . . . . . 1 ページ

- 入院から退院までの流れ
- 入院手続きについて
- 書類記入方法

## 2. 入院時必要物品のご案内 . . . . . 5 ページ

- ご準備いただくもの
- 使用できる電気製品について
- アメニティセット（レンタル品）について

## 3. 入院生活について . . . . . 6.ページ

- 病気についての説明（インフォームドコンセント）
- 患者誤認防止のための対策
- 食事について
- 感染対策について
- 入浴について
- 外出・外泊について
- 付き添いについて
- ご面会について
- 正面玄関（3階）開放時間について
- 病室について
- 個人情報の取り扱いについて
- 入院中の他医療機関の受診について
- 医療相談について
- 患者サポート窓口について
- 患者さんへのお願い

## 4. サービスのご案内 . . . . . 11 ページ

5. お会計・退院手続きのご案内 . . . . . 12 ページ

- お会計について
- 退院手続きの流れ

6. 限度額認定証について . . . . . 13 ページ

- 限度額認定証を利用する場合のながれ

7. 回復期リハビリテーション病棟 入院のご案内 . . . . . 14 ページ

- 回復期リハビリテーション病棟とは
- ご利用までの手順
- 入院されるときお持ちいただくもの
- ご面会について
- 入院中の1日の流れ

8. 安全で快適な入院生活を過ごしていただくために【転倒転落防止対】 . . 16 ページ

9. 災害時の対応について . . . . . 18 ページ

10. 迷惑行為に対する基本方針 . . . . . 19 ページ

11. フロアマップ . . . . . 20 ページ



## 入退院受付のご案内

【対応時間】 平 日 8 : 30 ~ 17 : 00  
土曜日 8 : 30 ~ 12 : 30

※土曜日午後・日曜・祝日はお休みとなっております。

# 1. 入院手続きのご案内

## 入院から退院までの流れ

### 1 入院受付

3階入退院受付にて入院手続きをお願いいたします。

### 2 病 室

入院手続きが完了次第、担当者が病室へご案内いたします。

### 3 退院受付

3階入退院受付にて退院手続きをお願いいたします。

### 4 退 院

退院手続きが完了次第、退院となります。

## 入院手続きについて

### 1 3階 入退院受付にお声がけください。

※緊急入院等で入退院受付が時間外の場合は、1週間以内に受付時間内に手続きをお願いします。

### 2 以下の書類・保証金をご提出ください。

- ① 診察申込書 ※6か月以上当院を受診されていない方のみ
- ② 入院誓約書 ※必須
- ③ 入院歴確認用紙 ※必須
- ④ 特別室に係る申込書 ※1人部屋・2人部屋ご入院の方のみ
- ⑤ 保険資格確認書またはマイナンバーカード・公費医療券（お持ちの方のみ）  
限度額認定証・介護保険証（介護認定を受けている方のみ）
- ⑥ 保証金 ※クレジットカードのご利用も可能です  
社保・国保 5万円 ※自賠責保険・労災保険・福祉適用の方は除く  
自費診療・交通事故 等 10万円

- ◆ 書類の記入方法は次ページをご参照ください。
- ◆ お支払いについてご不安のある方は、お早目にご相談ください。

## 書類記入方法

### ① 入院誓約書

- ◆ 必須の書類となりますので、ご記入・押印をお忘れなくお願いいたします。

| 熱海所記念病院 院長殿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | ID: _____                                                                                                                                                                                                           |         |     |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>入院誓約書（記入例）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                                                                                                                                                                                     |         |     |   |   |   |   |   |   |   |
| 患者氏名（フリガナ）<br>アタミ タロウ<br><b>熱海 太郎</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             | 現住所 〒 413 - 00●●<br><b>静岡県熱海市●●町●●マンション名●●号室</b><br>連絡先<br>自宅) 0557 - ●●●● - ●●●●<br>携帯) 090 - ●●●● - ●●●●                                                                                                          |         |     |   |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日<br>19●●年 1月 1日 ●●才                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 性別<br>男 ● 女 | 勤務先<br><b>熱海所記念病院</b><br>TEL) 0557-82-3000                                                                                                                                                                          |         |     |   |   |   |   |   |   |   |
| <p>この度、貴院に入院するにあたり、下記事項および院内の規則・職員の指示を遵守することを、患者本人、身元保証人兼連帯保証人連署の上、誓約いたします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>治療方針について十分な説明を受け、医師、看護師その他職員の指示に従い、治療に専念いたします。</li> <li>入院治療にあたり、以下の事項を厳守いたします。               <ol style="list-style-type: none"> <li>患者本人の身元については、身元保証人兼連帯保証人において一切引き受けます。</li> <li>故意または過失により貴院に損害を発生させた場合は、これを賠償します。</li> <li>貴院の建物設備、備品、器具等を破損または紛失した場合には、弁償します。</li> <li>入院中の貴重品は自己管理とし、盗難・紛失が発生しても貴院への責任は問いません。</li> <li>入院中診療上の理由でベッドの変更が必要となった場合は、協力いたします。</li> <li>院内および敷地内での飲酒・喫煙はいたしません。</li> <li>無断外出および外泊はいたしません。</li> <li>他の患者様や職員の迷惑となる行動・言動はいたしません。<br/>                   （暴力・暴言（脅迫）・罵声・奇声・窃盗・ハラスメント行為など）</li> </ol> </li> <li>①治療費その他の費用は、指定日までに速やかにお支払いいたします。<br/>               ②身元保証人兼連帯保証人は、貴院に対し、患者本人（申込者）と連帯して、前項の費用の支払いその他患者本人（申込者）が負担する一切の債務について極度額（月額）の範囲内で保証いたします。</li> </ol> |             |                                                                                                                                                                                                                     |         |     |   |   |   |   |   |   |   |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>極度額（月額）</td> <td>¥</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>円</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                     | 極度額（月額） | ¥   | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 円 |
| 極度額（月額）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ¥           | 3                                                                                                                                                                                                                   | 5       | 0   | 0 | 0 | 0 | 円 |   |   |   |
| 4. 上記1～3の事項に違反し、または、退院を命ぜられた場合は、異議を申し立てず、指定の期日に身元保証人兼連帯保証人の責任において患者本人を引き取ります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                                                                                                                                                                     |         |     |   |   |   |   |   |   |   |
| 5. オンライン資格確認による、保険証・限度額認定証等に関する情報を提供いたします。 024 年 ● 月 ●● 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                                                                                                                                                                                     |         |     |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>保証人（支払責任者）</b><br>※1 アタミ ハナコ<br>フリガナ <b>熱海 花子</b><br>氏 名<br>現住所 〒 413 - 00●●<br><b>静岡県熱海市●●町●●マンション名●●号室</b><br>連絡先<br>自宅) 0557 - ●●●● - ●●●●<br>携帯) 080 - ●●●● - ●●●●<br>勤務先 <b>熱海マーケット</b> (Tel) 0557-341-●●●●                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | <b>身元保証人兼連帯保証人（患者以外の方）</b><br>※2 アタミ イチロウ<br>フリガナ <b>熱海 一郎</b><br>氏 名<br>現住所 〒 413 - 00●●<br><b>静岡県熱海市●●町1-1-1</b><br>連絡先<br>自宅) 0557 - ●●●● - ●●●●<br>携帯) 070 - ●●●● - ●●●●<br>勤務先 <b>熱海銀行</b> (Tel) 0557-341-●●●● |         |     |   |   |   |   |   |   |   |
| ※ 病院側記入欄<br>入院日： 年 月 日 社本・社家・国保・後期<br>退院日： 年 月 日 労災・自賠・自費・（他： ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | <table border="1"> <tr> <th>受理者</th> <th>説明者</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>                                                                                                                   | 受理者     | 説明者 |   |   |   |   |   |   |   |
| 受理者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 説明者         |                                                                                                                                                                                                                     |         |     |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                     |         |     |   |   |   |   |   |   |   |

※ 1 支払責任者：支払責任者はご本人様でも構いません。

※ 2 連帯保証人：原則として、**支払責任者の方と違う世帯の方**でお願いいたします。

## ② 入院歴確認用紙

- ◆ 必須の書類となりますので、ご記入をお忘れなくお願いいたします。ただし、**退院証明書をお持ちの方は不要**です。

| 入院歴確認用紙                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p style="text-align: right;">入院患者様 各位</p> <p>厚生労働省より保険医療機関は窓口にて患者様やご家族様等に対して、当該患者様の過去3か月以内の入院の有無を確認することを指示されております。</p> <p>当院では、この用紙を持ちまして確認を行っております。お手数ですが下記にお答え頂き受付へご提出下さい。但し、退院証明書をお持ちの方はその用紙をお持ち頂ければ結構です。</p> <p>ご注意</p> <p><u>この用紙の提出期限は入院当月とし、この期限内にご提出頂けない場合は、入院歴は無いものとし、又、申告もれ等により発生する損失について、後日費用徴収が行われる場合がありますのでご承知ください。</u></p> <p>提出場所     3階 受付 入院係</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">静岡県熱海市昭和町20-20<br/>医療法人社団伊豆七海会 熱海所記念病院<br/>(0557)82-3000</p> |  |
| <p style="text-align: right;">ご記入日 西暦 ○年 ○月 ○日</p> <p>□患者様のお名前     <u>所 太郎</u> 様     代筆 <u>鈴木 花子</u> 様</p> <p>□患者様の生年月日   明・大・昭・平   <u>○○</u> 年 <u>○○</u> 月 <u>○○</u> 日</p> <p>□入院の有無     <u>有</u>・無     「有」に○を付けた方のみ下記にお答え下さい</p>                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <p>■入院されていた医療機関の名称     <u>熱海記念病院</u></p> <p>■医療機関の電話番号     <u>(0557) 10-5600</u></p> <p>■入院の原因となった傷病名     <u>脳腫瘍</u></p> <p>■入院期間     <u>○</u> 年 <u>○</u> 月 <u>○</u> 日～ <u>○</u> 年 <u>○</u> 月 <u>○</u> 日</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |

※**入院歴のある方**：複数回または複数の医療機関へ入院されていた場合、最後に入院された医療機関情報をご記入ください。

※代筆：患者さん以外の方がご記入する場合、ご記入をお願いいたします。

### ③ 特別室に係る申込書

◆ 1人部屋・2人部屋にご入院される方のみご記入をお願いいたします。

※ 大部屋に入院される方は不要です。

#### 特別療養環境室(差額ベッド)利用申込書

ID : \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

私は、貴院に入院するにあたり、より良好な入院環境を希望しますので、下記に記載する特別療養環境室に入室することを申し込みします。なお、申し込みにあたり、特別療養環境室の広さや付帯設備、利用料の支払いに関する十分な説明を受け、理解したうえで申し込みします。

|           |   |    |       |                                   |      |
|-----------|---|----|-------|-----------------------------------|------|
| 部屋番号(料金)  |   | 号室 | 1日につき | <input type="checkbox"/> 14,850 円 |      |
|           |   |    |       | <input type="checkbox"/> 4,950 円  | (税込) |
| 申込日(西暦)   | 年 | 月  | 日     |                                   |      |
| 利用開始日(西暦) | 年 | 月  | 日     |                                   |      |

〔利用者欄〕

患者様氏名

所 太郎

〔申込者欄〕

申込者氏名

鈴木 花子

(続柄: 子 )

#### 【 注 意 】

\*状況により、ご希望に添えないこともございます。

治療上、特別療養環境室を必要とする方(重症者や感染症患者など)を優先させていただくことがあります。

\*他の特別療養環境室の利用をご希望の場合は再度申込が必要となります。

\*特別療養環境室の利用を中止するときは職員に申し出てください。

\*利用料の説明

1.特別療養環境室の室料差額は、健康保険(高額療養費含む)の対象外です。

2.日数の計算は健康保険法の定めにより、入室された時間に関わらず、1日あたりの料金となります。

例)次の場合は3日分の利用料となります。

|             |          |             |
|-------------|----------|-------------|
| 入室 4月1日 16時 | 入室中 4月2日 | 退室 4月3日 10時 |
|-------------|----------|-------------|

病 院 記 入

\*説明者記入欄

説明日(西暦): 年 月 日 担当者:

熱海所記念病院

## 2. 入院必要物品のご案内

### ご準備いただくもの

- ☐ 現在のんでいるお薬   ☐ お薬手帳   ☐ 下着   ☐ 履きなれたクツ
- ☐ 身の回り品（杖・補聴器・メガネ）   ☐ 義歯   ☐ 電動シェーバー
- ※以下の物はアメニティセット（レンタル品）に含まれます
- ☐ 寝巻
- ☐ タオル類
- ☐ ティッシュペーパー
- ☐ 必要時オムツ（パンツタイプ又はテープタイプ式、パット）
- ☐ 洗面用具（歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤・コップ）
- ☐ 入浴用品（シャンプー・リンス・石鹸）
- ☐ イヤホン（1泊2日の場合は含まれません）   ☐ コップ

- 収納が限られていますので、収納できる範囲でご準備ください。
- 貴重品・私物の管理はご本人となります。  
紛失等については一切の責任は負えません。
- 私物には記名をお願いいたします。
- 転倒防止のため、かかとのある履きなれたクツの持ち込みを推奨しています。

### 使用できる電気製品について

- ノートパソコン
- ポータブルDVDプレーヤー
- ポータブルゲーム機

### アメニティセット（レンタル品）について

アメニティセットのご利用が可能です。

#### アメニティセット（レンタル品）をご利用の方

※患者さん⇄業者との契約になります。

◆アメニティセット申込書兼同意書をご記入の上、病棟スタッフへご提出ください。

### 3. 入院生活について



#### 病気についての説明（インフォームドコンセント）

- 主治医からご自分の病気・検査・治療について説明をお受けください。
- 説明について、不明な点やご希望がありましたら、主治医または看護師にご遠慮なくお申し出ください。
- ご本人以外が説明を受けられる場合は、代表者の方へ説明をさせていただきます。  
（一貫して説明を受ける方を一名決めておいてください）
- 緊急時を除いて、平日の日中に行います。

#### 患者誤認防止のための対策

当院では、患者さんの入院に際し、原則としてリストバンドを装着していただいています。入院中は必ず手首または足首に装着させていただき、退院される際には外させていただきます。患者さんご自身で取り外さないようお願いいたします。

リストバンドは「患者さん番号」「患者さんの名前」「生年月日」などを表示したバンドを手首に装着することによって、患者さんの入院治療が安全に効率よく行われることを目的として考案されたものです。食事・手術・検査・投薬・輸血などにおける患者さんの誤認を防止するために有効とされています。口頭でも「氏名」「生年月日」の確認をその都度させていただきます。なお、リストバンド装着につきましては、患者さんの自由意思によりますが、趣旨をご理解いただきご協力いただくこととしています。当院の医療スタッフは、患者さんの満足できる入院加療を達成できるよう努力しておりますので、リストバンド装着の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

なお、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく病棟看護師までおたずねください。

#### 食事について

食事時間 朝食 8:00 / 昼食 12:00 / 夕食 18:00

- 食物アレルギーをお持ちの方は、入院時に必ずお申し出ください
- 食事は病状に応じて医師の指示によりお出しします。
- 制限などがある場合（食形態できざみやペースト、治療食で糖尿病食や腎臓病食、宗教上の制限）は、主治医・看護師・栄養士へご相談ください。
- 箸・スプーンは病院で用意してあります。
- 食事のメニューは談話室に掲示しています。
- 食品の持ち込みは、治療の妨げとなる場合がありますので、原則禁止しています。  
また、患者さん同士での食べ物の譲り合いは行わないでください。
- お茶の提供は食事のみとなります。食事時以外の飲料やカップは各自でご準備ください。  
（飲水や嗜好飲料の可否は、病状に応じて医師の指示となります。）

## 感染対策について

1. 感染防止には手指衛生がとても重要ですので、職員は患者さんに触れる前に手指衛生を行います。
2. 病院内は、免疫の低下している患者さんが多いため皆さんの安全のため以下の対策にご協力をお願いいたします。
  - 入院中は、患者さんも手指衛生を行ってください。水と石鹸での手洗い、または病室入り口の手指消毒薬を使用してください。
  - 入院中に感染症を発症した場合は、隔離対応をさせていただくことがあります。
  - 同室患者さんに感染症を発症した患者さんがいる場合は、感染していないか確認の検査をさせていただきます。また、感染していないことが確認できるまでは隔離対応をさせていただくことがあります。

## 入浴について

- 医師の許可に基づいて、入浴を実施しています。
- 入浴を希望される方はナースステーションにお知らせください。
- 治療上入浴の許可がでない場合には清拭（タオルなどでからだを拭く行為）になります。
- 入浴にお手伝いの必要な方は、看護職員が介助いたします。

## 外出・外泊について

医師の許可に基づいて外出・外泊が可能となります。感染症の流行により制限させていただきます場合がございます。

病棟スタッフにお声がけください。

## 付き添いについて

入院中の看護は看護師が行いますので付き添いの必要はありません。

ただし、ご家族の付き添いを希望されるときは、看護師または主治医にご相談ください。

## ご面会について

- ご面会の方の院内での飲食は衛生管理上、ご遠慮いただいています。
- ◆ やむを得ない事情で面会可能時間以外に面会をご希望の方はナースステーションまでお申し出ください。
- ◆ ご面会の方は面会者カードをご記入の上、カードを身につけていただきます。
- ◆ 感染対策により面会制限をさせていただく事がございますのでご了承ください。
- ◆ 面会時間に関しては、院内掲示やホームページをご覧ください。



こちらからホームページをご覧くださいませ⇒



## 正面玄関（3階）開放時間について

月～金 8:00～17:00 / 土 8:00～12:30 / 日祝 常時閉鎖

※ 上記以外の出入りにつきましては、1階救急入口をご利用ください。

## 病室について

緊急入院やご本人の病状により病室をご移動していただく場合がございますのでご了承ください。

病室のご希望については、ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください。

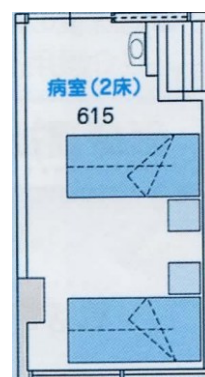
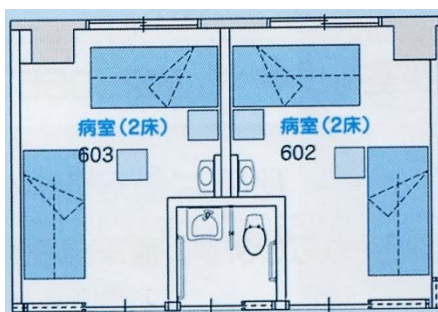
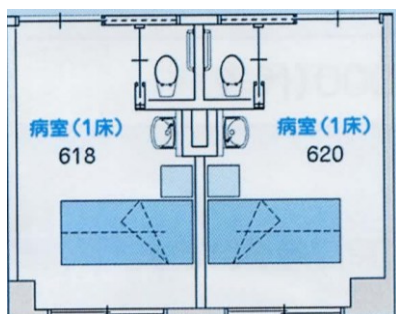
### 室料差額料金 ※税込

|      |                                           |
|------|-------------------------------------------|
| 個室   | 14,850 円/日<br>※406・407・518・520・618・620 号室 |
| 2人部屋 | 4,950 円/日                                 |
| 4人部屋 | 0 円/日 ※上記以外                               |



※ 保険適用外となります。

### レイアウト



※ 上記は1例です。病棟によりレイアウトは異なりますのでご了承ください。

## 個人情報の取り扱いについて

- 患者さんの個人情報を守ります。ご家族への病状説明は、代表者の方でお願いします。お電話での問い合わせには対応できない場合があります。
- 病室の患者名表示について  
患者さんやご家族からの意向により対応することが可能です。
- その他、個人情報の取り扱いについては各階へ掲示およびホームページへ掲載しています。

こちらからホームページをご覧くださいませ⇒



## 入院中の他医療機関の受診について

- 入院中に他の医療機関に受診することは原則できません。ご家族がかかりつけの病院に薬を取りに行く場合も同様です。
- 入院中に他医で処方されている薬が必要となった場合には、担当医または看護師へご相談ください。

## 医療相談について

患者さんの様々な問題について、医療ソーシャルワーカー（MSW）が相談に応じます。

- 経済的な心配
- ご本人とご家族の生活への不安
- 退院後の療養や介護について
- 転院、施設入所について
- その他、誰に相談してよいかわからないこと



### ◆ 医療ソーシャルワーカーとは

医療ソーシャルワーカー（MSW）は、病院や保健医療機関などの医療機関で働く福祉の専門職です。患者さんやその家族が抱える経済的・心理的・社会的な問題について相談に応じ、解決のために調整や援助を行います。

### ◆ 相談受付

医療相談窓口は3F 入退院受付の向かいにあります。

【受付時間】 平日 8：30～17：00（土曜 12：30 まで）

※日祝はお休みです。

お電話での相談も可能です。

TEL：0557-82-3000（代表）

※相談された内容については秘密を守ります。

※相談の内容によっては、関係部署と連携して対応します。

※相談されたことによって不利益になるようなことはございません。



## 患者サポート窓口について

患者さんからのあらゆる相談に幅広く対応するための患者サポート窓口を設置しています。

看護師等がお話をおうかがいし、院内の各部署や院外の医療・介護関係者と連絡を取り合い、問題解決にむけて対応させていただきます。

ご相談は、患者さん、ご家族等どなたでも可能です。また相談されたことにより不利益を受けることなく、プライバシーの保護を遵守します。

【受付時間】 平日 9：00～17：00（土曜 12：30 まで）

※日祝はお休みです。

## 患者さんへのお願い

◆ 次のような行為があった場合は、退院していただく事がございます。

- 飲酒・喫煙（敷地内全面禁煙）
- 暴言・暴力行為
- ハラスメント行為
- 器物破損行為

※当院の迷惑行為に対する基本方針については 19 ページをご覧ください。

◆ 入院中の自家用車の駐車はご遠慮ください。

駐車場の収容台数に限度があるため、入院中の駐車はご遠慮ください。

公共交通機関や、ご家族等の送迎にてご来院をお願いします。

緊急入院等でやむを得ない場合は近日中にご家族等にて引き取りをお願いします。

◆ 職員に対するお心づかいはお断りしています。

医師及び看護師等職員へのお届け物は一切お断りしています。

◆ 貴重品の取り扱いについて

盗難を防止するため、多額の現金や貴重品はお持ちにならないようお願いします。

各床頭台にセーフティーボックスが付属していますので、施錠しご利用ください。

セーフティーボックスの鍵は自己管理でお願いします。

貴重品・私物の管理はご本人となります。紛失等については一切責任を負えません。

◆ 携帯電話での通話は指定のエリアでご使用ください。

院内では、マナーモードに設定し、使用区域以外（病室等）では、通話はご遠慮ください。病棟での通話は談話室・食堂をご利用ください。

◆ パソコン等通信機器のご使用について

- 当院は Wi-Fi は設置しておりせん。ポケット Wi-Fi のご使用は電子カルテ等の医療機器に不具合が生じるためご使用はお控えください。
- パソコンや付属機器に関する、故障・盗難・破損などの責任は負いかねますのでご承知おきください。

◆ 病院内での撮影・録音、SNS などへの投稿はご遠慮ください

当院では、患者さんや職員のプライバシーおよび個人情報保護のため、病院敷地内での写真や動画撮影・録音を固く禁止しています。また、SNS などへ投稿する行為もご遠慮くださいますようお願いいたします。特別に撮影を希望される方は、事前に許可が必要です。で、病院スタッフまでご相談ください。

## 4. サービスのご案内

当院では患者さんがより快適な入院生活を送れるよう、様々なサービスをご用意しております。ご利用の際はご遠慮なくお声がけください。

|          |                                                                                                       |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 郵便・宅急便   | 郵便・宅急便のご利用ができます。<br>病棟スタッフへお申し出ください。(有料)                                                              |
| 公衆電話     | 【1階】自動販売機横に設置しています。                                                                                   |
| 売店       | 【3階】正面玄関横にございます。<br>平日 10:00~15:00・土曜 10:00~13:00<br>日祝 休業                                            |
| 金庫       | 病室に個人別にご用意しています。                                                                                      |
| テレビカード   | 【3・4・5・6階】食堂・談話室自販機で販売しています。<br>【価格】1枚1,000円<br>※ カード精算機は、【3階】入退院受付横にございます。                           |
| テレビ      | 病室に個人別にご用意しています。<br>テレビカードでの利用となります。<br>テレビカード1枚で775分(12時間35分)視聴できます。                                 |
| 冷蔵庫      | 病室に個人別にご用意しています。<br>テレビカードでの利用となります。<br>1日200円となり、テレビカードより24時間毎に2時間35分減算されます。                         |
| コインランドリー | 【4階】患者さま用洗濯室にございます。<br>【5・6階】トイレ前室にございます。<br>【使用料】洗濯機200円/回・乾燥機100円/30分<br>(テレビカード使用可) ※洗剤は各自でご用意ください |
| ヘアカット    | 売店でチケットを購入し、病棟スタッフへお渡しください。<br>【料金】<br>・カットのみ 3,200円<br>・カット&髭剃り・カット&シャンプー・ベッド上カット<br>4,500円(5階・6階のみ) |
| 自動販売機    | 1・5・6階にございます。(現金のみのお取り扱いとなります)                                                                        |

## 5. お会計・退院手続きのご案内

### お会計について

- 入院費のご請求は、毎月 1 回、月末に締め切り、概ね翌月 15 日以降に請求書を病室にお届けまたは、支払いの責任者へ送付します。  
※郵送希望の場合は、入院手続きの際にお申し出ください。  
※振込希望の場合、請求書が届きましたら指定の口座へのお振込みをお願いします。  
振込手数料は、患者さん負担となります。
- 請求書がお手元に届きましたら 3 F 入退院受付にてお支払いください。  
お支払い方法は、現金またはクレジットカード（一括払いのみ）が利用できます。  
【利用可能クレジットカード】.

入退院受付 平日 8:30~17:00 / 土曜日 8:30~12:30

VISA・mastercard・JCB・AMERICAN EXPRESS・Diners Club・DISCOVER

※暗証番号の入力がない場合、クレジットカードはご利用できません

ご不明な点がありましたら、お支払い前に入院担当者がご説明しますので、病棟担当事務または、3 F 入退院受付まで申し付けください。

※土曜日午後・日曜・祝日の入退院受付はお休みです。

※上記時間にお越しになれない場合は、入退院受付までご連絡ください。

### 退院手続きの流れ

医師より退院の許可が出ましたら、患者さんまたはご家族へお伝えします。  
その後、退院日を調整します。

#### 【退院当日】

- 請求書が出来ましたら患者さんへお声掛けします。  
入退院受付で退院手続き及びお支払いをお願いします。
- 外来予約票、お薬、紹介状のお渡し（該当者のみ）
- 薬剤師による服薬指導、管理栄養士による栄養指導（該当者のみ）

## 6. 限度額認定証について

通常、高額療養費制度では患者さんが負担割合に応じた金額を窓口で支払い、後で自己負担限度額を超えた分が払い戻しされます。(償還払い)

病気で入院された場合は、経済的な負担が大きくなる為大変です。70歳未満の方の入院は、「限度額認定証」を病院に提示することにより、一医療機関ごとの入院費用の窓口負担額が自己負担限度額までとなります。

### 限度額認定証を利用する場合のながれ



※マイナンバーカードをお持ちの方は、オンライン上で限度額認定証の確認ができます。スタッフにお申し出ください。

### 申請窓口

| 加入保険   | 申請窓口                                    |
|--------|-----------------------------------------|
| 国民健康保険 | 保険証発行元の役所                               |
| 社会保険   | 保険証発行元の保険者<br>お勤めの会社の総務課等で申請方法をご確認ください。 |

### ◆ 注意事項

- 月を遡っての申請はできません。今月必要であれば必ず今月中に申請手続きを行ってください。
- 限度額認定証を取得後は、必ず病院の窓口に提出してください。病院の窓口に出ない場合、適用が受けられません。
- ご不明な点は、上記の申請窓口または病院の入退院受付にお尋ねください。

## 7. 回復期リハビリテーション病棟へ入院される方へ

### 回復期リハビリテーション病棟【4 階病棟】とは

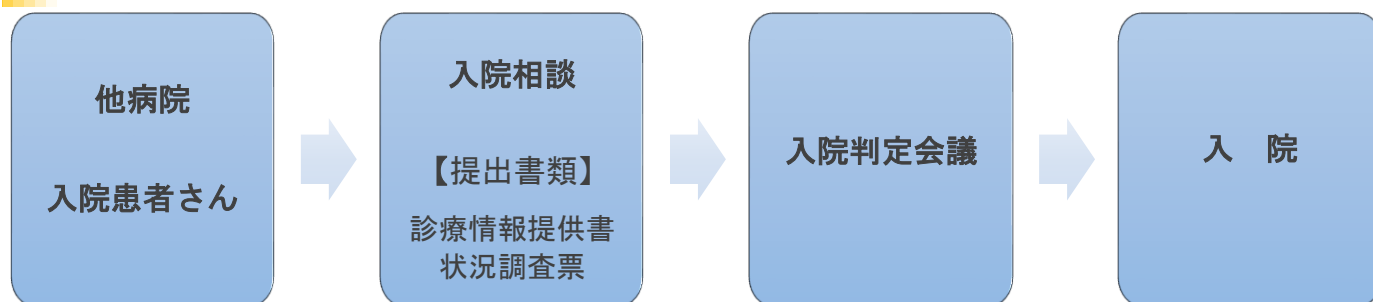
脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などの患者さんが、日常生活動作能力の向上による在宅復帰を目的として、早期から集中的にリハビリを行う病棟です。医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士などの専門スタッフが共同でリハビリ計画を作成し、退院後により質の高い生活を送ることができるように支援いたします。

#### 対象となる疾患

| 傷病名                                                                                      | 入院日数の上限 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症又は手術後、義肢装着訓練を要する状態 | 150 日   |
| 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の脊髄損傷、頭部外傷を含む多部位外傷の発症又は手術後                                          | 180 日   |
| 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節、2 肢以上の多発骨折の受傷、又は手術後                                                   | 90 日    |
| 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後                                                  | 90 日    |
| 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後                                                           | 60 日    |
| 股関節又は膝関節の置換術後                                                                            | 90 日    |

※ 入院対象疾患により、入院期間が定められておりますので、入院期間を延長することはできません。また、入院期間はカンファレンスにより決定させていただきます。

### ご利用までの手順



医療福祉相談室：医療ソーシャルワーカー

TEL 0557-82-3000（代表）／FAX 0557-81-0362

（月）～（金） 9：00～17：00 （土） 9：00～12：30

## 入院されるときお持ちいただくもの

### 現在入院している病院でご用意いただくもの

1. 看護報告書（サマリー）
2. リハビリテーション報告書（サマリー）
3. 現在服用している薬
4. 直近の MRI・CT・骨折部位のレントゲン写真（コピーでも可）
5. 退院証明書

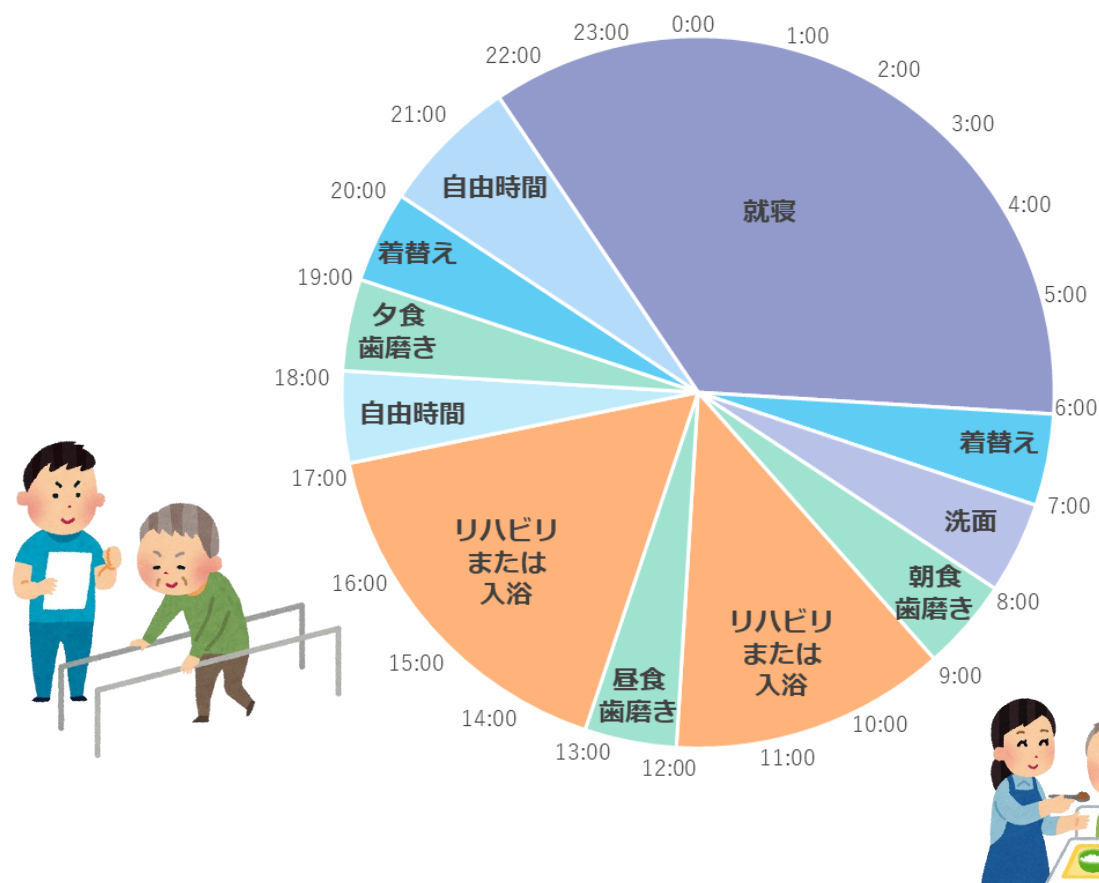
## ご面会について

回復期リハビリテーション病棟では、回復期への意欲を高めるために、ご家族の面会はとても大切なものです。ご家族に患者さんの状態の変化を把握していただくためにも、なるべく定期的にご面会にお越しください。

ご面会についての詳細は [7 ページ](#) をご覧ください。



## 入院中の 1 日の流れ



## 8.安全で快適な入院生活を過ごしていただくために 【転倒転落防止対策】

入院生活を送る病院の環境は、住み慣れた家庭とは異なります。その生活環境の変化に、病気や怪我による体力や運動機能の低下が加わり、思いもよらない転倒・転落事故が起こることが少なくありません。

高齢の方は特に注意が必要です。突然の環境変化と体力低下、加齢に伴う認識力や運動能力の低下が加わり、結果として深刻な事態を招く恐れがあります。高齢者の寝たきりを引き起こす原因の多くは転倒・転落事故による骨折です。大変危険な場合には介護用具を使用させていただくこともありますので、ご理解をお願いします。

私たちの病院では、生活環境を整えながら転倒・転落の予防に十分注意して安全で快適な入院生活を送っていただくようにいたしております。しかし、さらなる安全のためには、患者さんにご家族の協力が欠かせません。ご家族の声を聴くと落ち着くこともありますので、夜間でもお電話させていただくこともございます。ご理解いただけたらと思います。

ご心配なことがございましたら遠慮なく看護師や担当医師にご相談ください。

### 自己チェック（ご家族の協力をお願いいたします）

- ☐ 初めての入院
- ☐ 初めてのことになれるのに時間がかかる
- ☐ よく遠慮する
- ☐ 最近転んだことがある
- ☐ 暗いと周囲が見にくくなる
- ☐ 外出をあまりしない



チェックのある方は転倒・転落の危険性が高くなります。

入院生活についてご相談させていただくことがございます。

## 入院中に転倒・転落を防ぐためのお願い

- 医師や看護師から一人で歩いて良いと言われるまで、移動する際には遠慮なく看護師を呼んでください。
- 履物は踵のある靴を使用してください。スリッパはお控えください。
- ベッドの高さはベッドの端に座った際に足の裏がしっかり着くぐらいの高さに調整してください。
- 杖を使用される方は杖の先端が滑らないものにしてください。
- 車椅子をご利用される方は、ブレーキがかかっていることを確認してから乗り移ってください。
- 昼夜逆転しないように昼間はなるべく起きるようにしましょう。
- オーバーテーブルはキャスターがついているため、立ち上がりの際につかまるのは危険です。
- 睡眠薬や解熱・鎮痛剤などの薬を服用している場合は、ふらつく場合がありますので、トイレに行く際は遠慮なく看護師を呼んでください。
- その他、わからないことがありましたら看護師に些細なことでも構いませんのでお声がけください。



## 9.災害時の対応について

火災を発見したときは、大声で職員にお知らせください

緊急サイレンが鳴動したら、職員の指示や院内放送に従ってください。

避難の際には次のことに注意してください

- 職員の指示に従い、単独行動はとらないでください。
- お互いに助け合い、落ち着いて行動してください。
- エレベーターは、停電などにより途中で停止してしまう恐れがありますので、利用しないでください。

当院では法令に基づき防火防災対策を行っています

当院では、非常時に備えて防災訓練・火災訓練を定期的に行っています。

災害時に職員一人ひとりが自身の役割を確実に果たせるよう、様々な状況での災害時対応の行動と方針をまとめています。

## 10.迷惑行為に対する基本方針

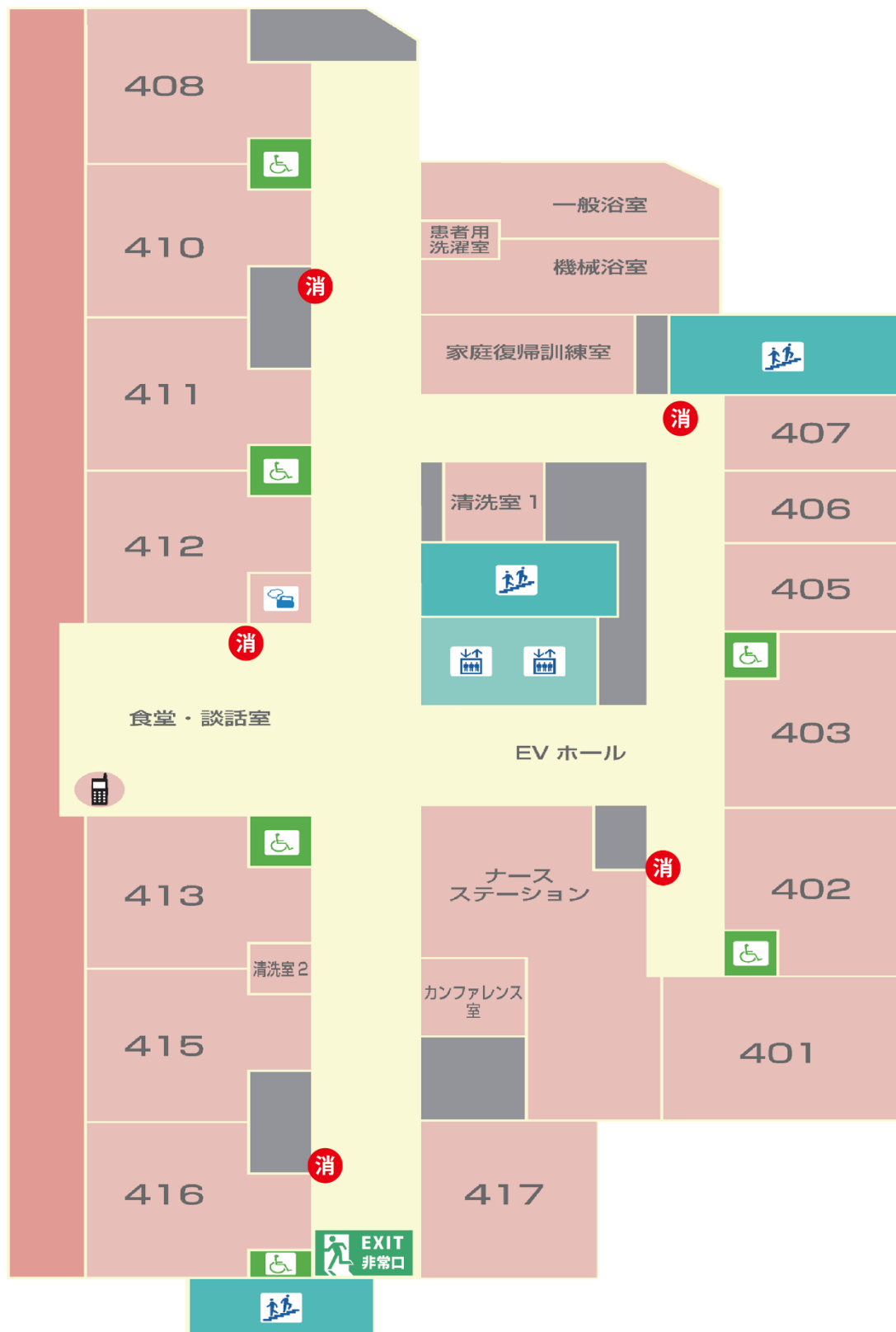
当院は、職員の労働環境安全確保のため患者さんから職員への下記のような迷惑行為（身体的・精神的暴力）に対し、診療をお断りするとともに、所轄警察に届け出る場合があります。また、職員の注意・忠告などを受け入れず改善されない場合、「強制退院」または「病院への出入り禁止」等の強制措置を講じる場合もあります。

### 迷惑行為とするものの例

- ☐ほかの患者さんや職員にセクシャルハラスメントや暴力行為（殴る・蹴るなど）があった場合、もしくはその恐れが強い場合
- ☐大声、暴言・または脅迫的な言動（誹謗・威嚇・中傷などを含む）により、他の患者さんに迷惑を及ぼし、あるいは職員の業務を妨げた場合
- ☐解決しがたい要求を繰り返し行い、病院業務を妨げた場合
- ☐建物施設等を故意に破損した場合（器物破損）
- ☐受診に必要なのない危険な物品を院内に持ち込んだ場合
- ☐その他職員や周りの患者さんに対する迷惑行為（無視など）

## 12.フロアマップ

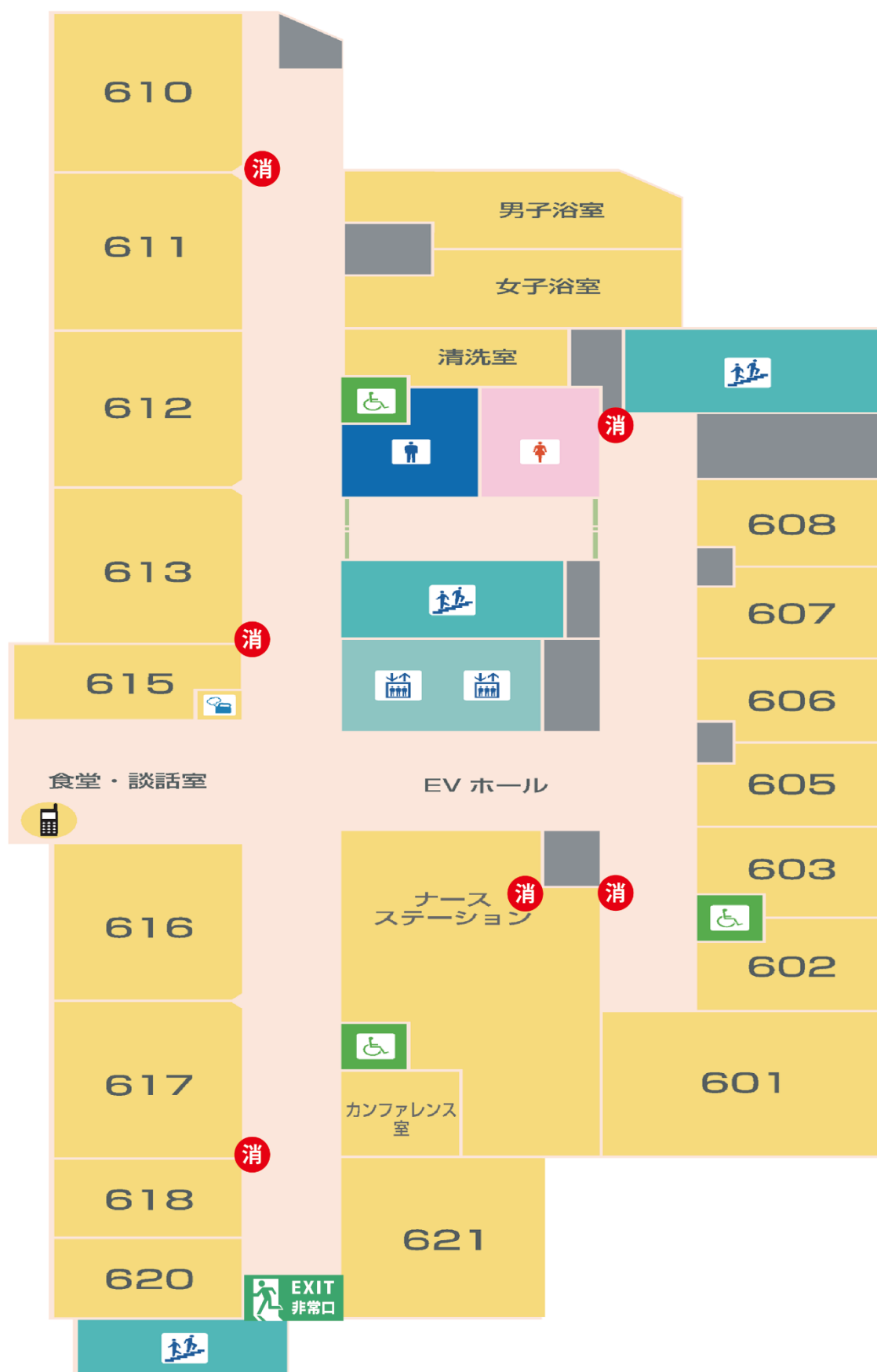
4階病棟 回復期リハビリテーション病棟



5 階病棟 地域包括医療病棟

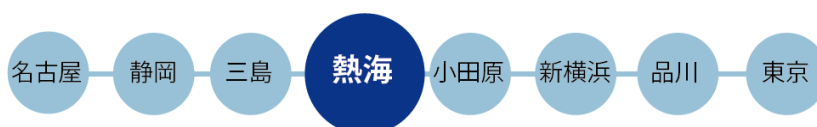


6 階病棟 地域包括医療病棟





- 熱海駅より 路線バス：JR 熱海駅「3 番バス乗り場」より乗車「熱海所記念病院前」下車 0 分
- 無料送迎車両：熱海駅前 ATAMIX（第一ビル）裏より乗車



#### 新幹線（こだま）

- 東 京～46 分
- 品 川～38 分
- 新横浜～27 分
- 三 島～9 分
- 静 岡～35 分
- 名古屋～107 分

#### 施設概要

|       |                                                                                                                              |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 開 設   | 昭和 59 年 2 月                                                                                                                  |
| 理 事 長 | 横川 秀男                                                                                                                        |
| 院 長   | 金井 洋                                                                                                                         |
| 名誉院長  | 杉浦 誠                                                                                                                         |
| 病 床 数 | 144 床（回復期リハビリテーション病棟48床・地域包括医療病棟96床）                                                                                         |
| 診療科目  | 内科（一般内科・呼吸器・循環器・消化器・糖尿病・神経内科）、<br>外科（一般外科・呼吸器・消化器・乳腺）、整形外科、脳神経外科、小児科、<br>皮膚科、泌尿器科、婦人科、リハビリテーション科、ペインクリニック外科、<br>麻酔科、放射線科、救急科 |



熱海所記念病院

〒413-0022 静岡県熱海市昭和町 20-20  
TEL. (0557) 82-3000 FAX. (0557) 81-0362  
URL. <https://atami-tokoro.jp>

