

入院案内

入院申し込み

外来を受診していただき医師の診断により判定いたします。他病院で加療中の患者様は紹介状を持参ください。

入院相談については医療相談員がお話を伺います。
入院中のこと、退院後の福祉サービスなど様々な相談をお受け致しております。

入院に際して 次のものをご用意下さい。

- 健康保険証 ● 限度額適用認定証
- 標準負担額減額認定証 ● 身体障害者手帳
- 医療受給者証（公費で医療助成をお受けの方のみ）
- 連帯保証人は2名必要となります。
- 印鑑
- 入院保証金 5万円
(退院の際精算いたします。預かり証は大切に保管下さい。)

入院費用について

- 入院治療費は、健康保険法に基づき請求させていただきます。
- 入院治療費は退院時と月末締めで請求させていただきます。退院の際は直接会計窓口にお越しください。月をまたぐ場合翌月の5日以降に病棟クランクにて請求書をお受け取り下さい。
- 入院会計は午前9:00～午後5:00迄です。
(土・日・祭日可)

退院手続き

- 退院は原則として主治医の診断により決定致します。
- 医師から退院許可がございましたら、担当看護師にご相談ください。
- 日曜・祭日の突然の退院は、受付いたしかねますので、前もってお申し出下さい。

医療相談

- 当院では専門の医療相談員が患者様及び、ご家族の様々なご相談をお受け致しております。医療・福祉の制度に関すること、その他どのような質問にも誠意をもって対応させていただいておりますので、お気軽にご相談下さい。

入院中の生活について

- 入院中は医師・看護師の指示に従ってください。
- 外出・外泊を希望される方は医師の承諾を受け届け出書を看護師にお渡し下さい。
- 貴重品・金銭の持込みは最小限にお願い致します。
* 盗難、紛失等の際は一切責任を負いかねますのでご了承下さい。
- 病院内はすべて禁煙です。
- その他みだりに他人に迷惑をかけたり、院内の秩序を乱したりする場合は強制退院となりますのでご注意ください。

面会時間

平日	14:00 ▼ 20:00	日曜日 祭日	12:00 ▼ 20:00
----	---------------------	-----------	---------------------

- 面会の方は必ず当該ナースステーションに申し出てから病室にお入り下さい。
- 消灯時間は21:00です。
- なお、症状によっては面会をお断りしたり、時間を制限する場合がございます。



入院申込書

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名	印		
現住所			
生年月日		電話番号	()
明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年		
お勤め先名称		電話番号	()
お勤め先住所			
緊急連絡先		電話番号	
ご自宅以外をご記入下さい。		患者様との関係	

私は、貴院の入院治療を受けるにあたり保証人と連帯のうえ
下記の事項を守ることをお約束いたします。

記

- 1、 病院の諸規則を守り院内生活については貴院の指示に従います。
- 2、 退院、その他の指示については貴院の指示に従います。
- 3、 入院費その他の諸料金は指定された日までに支払います。
治療費、その他の費用が万一未納となった場合は責任を持って連帯保証人が支払います。

連帯保証人 (家族以外の方で独立の生計を営む成人の方)

氏名	印	氏名	印
_____	_____	_____	_____
現住所		現住所	
_____		_____	
電話番号		電話番号	
_____		_____	
患者様との関係		患者様との関係	
_____		_____	

医療法人社団浩蓉会

埼玉脳神経外科病院

院長 松浦 浩 殿

年 月 日

入院手続き

入院がお決まりになりましたら1階受付にて下記の
手続きをお願い致します。

受付時間 9:00~17:00 (日曜・祝祭日可)

入院申し込み書の提出について

- *ご本人・連帯保証人の方の署名・捺印をお願い致します。
- *連帯保証人の方(家族以外の方で独立の生計を営む成人の方)を2名ご記入願います。
- *健康保険証、及び各種公費受給者証をご提示下さい。
- *ご提示がない場合は自費診療とさせていただきます。
- *労災・交通事故でご入院の方も保険証のご提示をお願い致します。
- *入院保証金として、50,000円お預かりし、受領書を発行致します。保証金は、退院時に精算となりますので「保証金預り証」は大切に保管して下さい。

入院手続きについて、ご不明な点がございましたら、受付までお問い合わせ下さい。

入院費等、ご相談のある方は、ナースステーションにて入院担当、又はスタッフまでお声掛け下さい。当院には医療相談員が常駐しています。

見本

入院申込書

ふりがな	さいたま	はなこ	性別	男・女
患者氏名	埼玉	花子	埼玉印	
現住所	鴻巣市上谷664-1			
生年月日	明・大(昭)平	21年	6月	26日
電話番号	048(541)2800			
お勤め先名称	上谷商事(株)			電話番号
				048(555)1234
お勤め先住所	鴻巣市上谷1111-1			
緊急連絡先	埼玉 太郎			電話番号
				090-0000-0119
自宅以外をご記入下さい。				患者との関係
				父
<p>私は、貴院の入院治療を受けるにあたり保証人と連帯のうえ 下記の事項を守ることをお約束いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 病院の緒規則を守り院内生活については貴院の指示に従います。 2. 退院、その他の指示については貴院の指示に従います。 3. 入院費その他の諸料金は指定された日までに支払います。 治療費、その他の費用が万一未納となった場合は責任をもって 連帯保証人が支払います。</p> <p>連帯保証人(家族以外の方で独立の生計を営む成人の方)</p>				
氏名	鴻巣 梅子	鴻巣印	氏名	上谷 次郎
現住所	鴻巣市上谷9999	鴻巣印	現住所	鴻巣市下谷1234
電話番号	048-555-6655		電話番号	048-555-0119
患者様との関係	叔母		患者様との関係	叔父
<p>医療法人社団 浩蓉会 埼玉脳神経外科病院 院長 松浦 浩 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

《入院される方へ》

当院では、入院患者様の身の回りに必要な物品をリースでお貸ししております。
安心した入院生活の為、別紙をご覧になり、ご理解の上お申し込みください。

ご本人様がお持ち頂くものは、ご自身の下着・歯ブラシ・スリッパなどになります。
(下着類の洗濯は院内ではできません)

《個人情報保護に関するお知らせ》

患者様の間違いをなくすためにおこなっている下記の事項について望まない患者様は、
その旨お申し出下さい。

- ① 受付にてお名前でお呼びすること。
- ② 診察・検査等の呼び出しにて、お名前でお呼びすること。
- ③ 入院時に、病室にお名前を掲示する(名札)こと。
- ④ 患者様やご家族の方の呼び出しのために、外来及び、病棟にて館内放送すること。
- ⑤ 患者様に面会ということで、病室を尋ねられた場合や、入院の有無を電話で尋ねられた場合に、お答えすること。

《病院からご家族様へ》

○入院期間に関する事項

当院は、急性期の一般病院であり、行政機関の指導を受け入院が3週間(21日)を超える入院に関しては、事前に医師の診察を受け、特別な治療が無い場合、退院又は、他の医療機関・施設への転院の方向となります。

*相談事項は遠慮なく、入院されている病棟の看護師までお声がけ下さい。

○ 当院では下記の通り治療・相談を行っております。

医師(松浦・高岡・高島)

専門医による最善の治療を行います。必要に応じて病状の説明を随時行っております。他疾患の合併症がある場合は、それぞれの専門医の診断後となりますので、結果が出るまで時間がかかる場合がありますので、ご了承下さい。

看護師

医師の指示のもと、入院中の看護及び生活管理を行っていきます。

ケースワーカー

入院時から入院費用の相談、転院先の相談・紹介を行います。

○ 患者様の状態により、部屋の移動が必要な場合もあり、それに伴い差額室料が発生することがありますので、ご了承下さい。

当院の個室は、下記の通りです。

病室番号	設 備	室料差額 (1日に付)
216号室	大型テレビ(無料)・トイレ・シャワー・洗面台・応接セット・電話(有料) 冷蔵庫・セーフティボックス	14,040円
201号室	テレビ(無料)・トイレ・シャワー・洗面台・応接セット・電話(有料)	12,960円
202号室	冷蔵庫・セーフティボックス	
203号室	テレビ(無料)・トイレ・応接セット・電話(有料)	10,800円
205号室	冷蔵庫・セーフティボックス	

<説明事項>

- ・個室の入室利用のご希望の方は、申込書にご記入頂き、ご希望の個室を選定頂きます。
ご希望のお部屋に空床がなく希望に添えない場合もごさいまでご了承下さい
- ・個室の利用に対する差額料金は、利用者(患者様)の入院費請求書においてご請求します。
- ・個室の差額室料は、健康保険の入院料の計算と同様に利用開始日(入室日)と退出日(退院日・他の部屋への移動日)は入室・退室の時間に関わらず1日として計算します。
例:1泊2日で入院された場合差額室料は、2日分となります。

入院患者様 ・ ご家族様へ

私たちは、患者さんが療養に専念して頂き1日も早く回復されることを心から願っております。
入院中わからない事やお困り事がございましたら遠慮なくお尋ね下さい。
本日お渡しいたしました各書類をご記入の上、下記の通りご提出下さい。

☆ 1階総合受付へお出し頂く物

(入院日より3日以内にお願ひします。遅れる場合はお声掛けください。)

[入院申込書] [保証金5万円]

[保険証] [受給者証]

[限度額認定証]または[標準負担額減額認定証]

・病院窓口での支払額を抑える制度です。

・事前に提出されない方は病院窓口で全額お支払いとなります。その場合

ご自身で加入されている保険者に申請して差額が返金されます。

・保険者が社会保険の方は、発行までに時間がかかる場合がございますので特に注意して下さい。

・月単位の制度になりますので、前月にさかのぼることは出来ません。

・同月内でも支払い後や退院日当日、退院後の変更も行えませんのでご了承ください。

● [入院予約票]

(入院予約の患者様のみ)

☆ 2階病棟の看護師にお出し頂く物

お薬手帳など現在内服しているお薬の内容がわかるもの
(土日・祝祭日に入院の際は休日分のお薬をお持ちください)

[衣類セット・紙オムツセット申込書]

● [緊急連絡先]・[手術同意書]

(看護師より説明を受け、渡されている患者様のみ)

ご不明な点がございましたら受付までお問い合わせ下さい。

衣類セット・紙オムツセットのお知らせ

院内感染が叫ばれる昨今、当院では患者様が快適な入院生活を安心してお過ごし頂けるように、「衣類セット」「紙オムツセット」を全病棟にて導入しております。感染予防対策及び、入院生活における必需品を不足等の問題なく必要枚数ご利用頂けますので、ご利用・お申し込みにご協力をお願いしております。詳細につきましては、下記にてご案内申し上げますと共にご理解とご協力の程宜しくお願い申し上げます。

記

《委託業者》 ワタキューセイモア株式会社

《セット内容・料金》

①衣類セット

セットの種類	内 容	使用目安	料金/日
Aセット	・バスタオル ・フェイスタオル ・オシボリ ・院内着（パジャマ・ジャージ・ケアウエア）	必要に応じて 3着/週	1,200円

*上記セットの金額には、下記の品物が含まれております。

ティッシュ・口腔ケア品（トウズエツテ、オーラルバランス）・割り箸orスプーン・水飲みorコップ

②紙オムツセット

セットの種類	内 容	料金/日
Aセット	軽度の失禁などで使用される方	380円
Bセット	常時紙オムツを使用される方	860円

《お申込み方法》 必要事項をご記入の上、2階ナースステーションにご提出下さい。

（お申込みセットは途中変更も可能です。）

《お支払い方法》 請求業務、その他事務の取扱いについては、病院が代行致します。

入院費支払日に病院窓口にてお支払い下さい。

*ご請求は、お申込み日から解約日までの日額計算となります。（但し、退院日は除く）

《お問合わせ》 ご不明な点につきましては、1階受付又は病棟スタッフにお尋ね下さい。

《その他事項》 下記につきましては、個人にてご用意下さい。

()	下着類	()	入れ歯洗浄剤・ケース（病院で購入できます）
()	歯ブラシセット	()	スリッパ（病院で購入できます）
()	電気カミソリ（電池式）	()	イヤホン（病院で購入できます）



医療法人社団 浩蓉会
埼玉脳神経外科病院

申 込 書

下記の事項に同意し、ワタキューセイモア株式会社に「洗濯込み衣類リース」を申込み致します。

1. 契約は利用者様と委託業者（ワタキューセイモア株式会社）との契約になります。
2. 申込み書、その他事務取扱いに関しては、埼玉脳神経外科病院が代行いたします。
3. 利用料金の支払いは、入院費支払日に病院窓口にてお支払い下さい。

《衣類セット》

*申込みセットに○を記入して下さい。

セットの種類	内 容	料金/日	申込みセット
Aセット	・バスタオル ・フェイスタオル ・オシボリ ・院内着（パジャマ・ジャージ・ケアウエア）	1,200円	

《紙オムツセット》

セットの種類	内 容	料金/日	申込みセット
Aセット	軽度の失禁などで使用される方	380円	
Bセット	常時紙オムツを使用される方	860円	

*上記料金には消費税も含まれております。

*患者様の状態によりセット内容を変更させて頂く場合がありますので、予めご了承下さい。

*紙オムツセットには患者様の状態、失禁回数等により、看護師の判断によりご利用セットが定められますので、予めご了承下さい。

申 込 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
利 用 開 始 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
利 用 解 約 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付担当者 _____

利 用 者 氏 名 _____ 印

利 用 者 住 所 _____

利 用 者 電 話 番 号 _____

保 証 人 氏 名 _____ 印

保 証 人 住 所 _____

保 証 人 電 話 番 号 _____

70歳以上の 皆さまへ(※)

平成30年8月から、 高額療養費の上限額が 変わります

(※) 65歳以上の方で障害認定を受けて後期高齢者医療制度に加入している方も対象になります。

高額療養費制度とは、

ひと月に医療機関に支払った額が高額になった場合に、定められた上限額を超えて支払った額を払い戻す制度です。上限額は、個人や世帯の所得に応じて決まっています。

⇒ 平成30年8月から、上限額(月ごと・70歳以上)が下の表のように変わります。
あわせて「限度額適用認定証」が必要になる場合がありますので、ご注意ください。

**年収約370～1,160万円(課税所得145～689万円)の方は
ご注意ください!!** ※年収は年金収入のみの方の金額

平成30年8月以降、ひと月にひとつの医療機関での**支払が高額になる可能性**がある方は**必ず**、市区町村窓口にて、「**限度額適用認定証**」の交付を申請してください。

※ 「限度額適用認定証」が提示されない場合、医療機関での支払い額が高額になる場合があります。
(ただし、その場合でも、上限額を超えて支払われた額を後日払い戻すよう申請することができます。)

平成30年7月までの上限額 (70歳以上)

平成30年8月からの上限額 (70歳以上)

	平成30年7月までの上限額 (70歳以上)		平成30年8月からの上限額 (70歳以上)			
	適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)	適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)
現役並み	課税所得 145万円以上の方	57,600円	80,100円 +(医療費-267,000円)×1% <多数回 44,400円(※2)>	Ⅲ 課税所得 690万円以上の方	252,600円 +(医療費-842,000円)×1% <多数回 140,100円(※2)>	新たに「 限度額適用認定証 」を申請
	課税所得 145万円未満の方 (※1)	14,000円 (年間の上限 144,000円)	57,600円 <多数回44,400円(※2)>	Ⅱ 課税所得 380万円以上の方	167,400円 +(医療費-558,000円)×1% <多数回 93,000円(※2)>	
Ⅰ 課税所得 145万円以上の方			Ⅰ 課税所得 145万円以上の方	80,100円 +(医療費-267,000円)×1% <多数回 44,400円(※2)>		
一般	課税所得 145万円未満の方 (※1)	14,000円 (年間の上限 144,000円)	57,600円 <多数回44,400円(※2)>	課税所得 145万円未満の方 (※1)	18,000円 (年間の上限 144,000円)	57,600円 <多数回44,400円(※2)>
住民税非課税	Ⅱ 住民税非課税世帯 (※3)	8,000円	24,600円	Ⅱ 住民税非課税世帯 (※3)	8,000円	24,600円
	Ⅰ 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)(※3)		15,000円	Ⅰ 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)(※3)		15,000円

(※1) 世帯収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合や、「旧ただし書所得」の合計額が210万円以下の場合も含まれます。
(※2) 過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。
(※3) 住民税非課税世帯の方については、従来どおり、限度額適用・標準負担額減額認定証を発行します。

70歳未満の方で

高額な医療費をご負担になる皆さまへ

平成27年1月1日から

高額療養費制度においてご負担いただく医療費の限度額が所得に応じて見直されます

○高額療養費制度とは・・・

長期入院や治療により、ひと月あたりの医療費の自己負担額が高額になった場合、申請により一定の金額(自己負担限度額)を超えて支払った医療費について給付を受けることができる制度です。

○医療費の限度額(自己負担限度額)は・・・

被保険者の所得区分に応じて決まります。

見直し後 (平成27年1月1日から)

所得区分	ひと月あたりの自己負担限度額	3月以上ご負担いただいた方(※2)
① 年収約1,160万円～の方 健保: 標準報酬月額83万円以上の方 国保: 年間所得(※1)901万円超の方	変更されました 252,600円 +(医療費-842,000円)×1%	140,100円
② 年収約770～約1,160万円の方 健保: 標準報酬月額53万円以上83万円未満の方 国保: 年間所得600万円超901万円以下の方	変更されました 167,400円 +(医療費-558,000円)×1%	93,000円
③ 年収約370～約770万円の方 健保: 標準報酬月額28万円以上53万円未満の方 国保: 年間所得210万円超600万円以下の方	変更ありません 80,100円 +(医療費-267,000円)×1%	44,400円
④ ～年収約370万円の方 健保: 標準報酬月額28万円未満の方 国保: 年間所得210万円以下の方	変更されました 57,600円	44,400円
⑤ 住民税非課税の方	変更ありません 35,400円	24,600円

(※1) ここでの「年間所得」とは、前年の総所得金額及び山林所得金額並びに株式・長期(短期)譲渡所得金額等の合計額から基礎控除(33万円)を控除した額(ただし、雑損失の繰越控除額は控除しない。)のことを指します。(いわゆる「旧ただし書所得」)

(※2) 高額療養費を申請される月以前の直近12か月の間に高額療養費の支給を受けた月が3か月以上ある場合は、4か月目から「多数該当」という扱いになり、自己負担限度額が軽減されます。

高額療養費制度に関する申請やご質問等については、現在加入されている健康保険組合、全国健康保険協会、市町村(国民健康保険、後期高齢者医療制度)、国保組合、共済組合までお問い合わせください。

