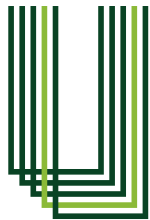


Social Medical Corporation REIMEIKAI  
UKI GENERAL HOSPITAL

# 入院のご案内

社会医療法人 黎明会

## 宇城総合病院



Social Medical Corporation REIMEIKAI  
UKI GENERAL HOSPITAL

## 入院のご案内

### CONTENTS

- 2 入院に際して
  - ご提出いただくもの
  - 入院に必要な物
  - 寝具・病衣・タオル・紙おむつ
  - 携帯電話について
- 3 病室のテレビ・冷蔵庫
  - 売 店
  - ATM
  - 駐車場
  - 病状説明
  - 診断書が必要な方
  - 個室の利用について
  - 薬について
- 4 入院中について
  - 起床と消灯、検温
  - 入浴・保清
  - 食 事
  - 面 会
  - 付き添い
- 5 外出・外泊
  - 洗 濯
  - 病床の移動について
  - 学生の受け入れについて
  - ご入院中のお約束
    - 飲 酒
    - 喫 煙
    - 貴重品・所持品
    - パソコン
    - 寝具・備品
    - 避 難
- 6 入院中の他医療機関受診について
  - 強制退院
  - 入院会計について
  - 180日を超える入院患者さんの選定療養費について
- 7 保険外負担について
  - 当院の入院医療費の計算方法
- 8 その他のご案内
  - 患者の権利
  - 患者の責務
- 9 相談窓口の設置
- 10 患者さん・ご家族のご要望やご意見について
- 11 パートナーシップについて
- 12 個人情報保護方針について
  - 当院における利用目的
- 12 診察情報の提供に関するご案内
- 13 各階のご案内
- 15 交通のご案内

#### 入 院 申 込 書

個人情報保護法に基づくアンケート及び同意書  
テレビ・冷蔵庫使用申込書  
病院理念・基本方針  
診療科目

## 入院に際して

入院の手続きは、当院所定の書類等を1階入院受付窓口にご提出ください。入院を予約された方には、入院日が決定次第ご連絡を差し上げます。

### ご提出いただくもの

※書類記載には「**印鑑**」が必要です

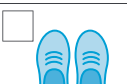
- 1.入院申込書・身元引受書
- 2.保険証又はマイナンバーカード
- 3.個人情報保護法に基づくアンケート・同意書

- 業務上の疾病の場合／事業者の証明書(労働災害、公務災害)、療養給付請求書
- 後期高齢者医療被保険者証 ●介護保険被保険者証
- 健康保険で入院される方／保険証または組合員証
- 国民保険で入院される方／保険証または組合員証
- 認定生活保護で入院される方／生活保護医療券
- 各種証書をお持ちの方／原爆被害者手帳、難病・肝炎・特定疾病受給者証、  
限度額(高額医療)証明証等
- 交通事故やお仕事中的受傷(業務上)等で入院される方／1階入院受付窓口までお申し出ください。

### 入院に必要な物

※ハサミやかみそり等の**刃物類の持ち込みはご遠慮ください**

▼準備できたら□をチェック✓してください

|                                                                                                                            |                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/><br><br>下着類     | <input type="checkbox"/><br><br>歯ブラシ          | <input type="checkbox"/><br><br>歯磨き粉                | <input type="checkbox"/><br><br>洗面器 | <input type="checkbox"/><br><br>コップ           | <input type="checkbox"/><br><br>入れ歯容器 | <input type="checkbox"/><br><br>ヒゲソリ※1 |
| <input type="checkbox"/><br><br>くし      | <input type="checkbox"/><br><br>タオル、<br>バスタオル | <input type="checkbox"/><br><br>湯飲み茶碗<br>(楽呑み)      | <input type="checkbox"/><br><br>はし  | <input type="checkbox"/><br><br>ティッシュ<br>ペーパー | <input type="checkbox"/><br><br>ごみ箱   | <input type="checkbox"/><br><br>イヤホン   |
| <input type="checkbox"/><br><br>くつ(必要時) | <input type="checkbox"/><br><br>スリッパ          | <input type="checkbox"/><br><br>食事用エプロン<br>(必要な方のみ) | ※1できるだけ電気ヒゲソリをご使用ください<br><b>※持ち物には全て名前を記入してください</b><br>※症状等により、この限りではない場合がございます<br>※売店で販売しているものもございます                  |                                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                                                                                                             |

### 寝具・病衣・タオル・紙おむつ

- 寝具は病棟にて準備してあります。寝具の交換は週1回で、汚れた場合は随時交換します。
- 衛生上、寝具のお持ち込みはご遠慮ください。
- 病衣・タオル・肌着・おむつにつきましては、入院セットサービスがございます。  
別紙入院セットサービスのご案内をご覧ください。  
なお、病衣・タオル・紙おむつの入院セットサービスをご利用されない場合は各自で準備ください。

### 携帯電話について

- 「院内における携帯電話など電波を利用する機器の使用可否エリア図」に示す利用可能なエリアでご利用ください。
- 公衆電話を1階・受付横、3階・東3病棟食堂、4階・東4病棟食堂に設置していますのでご利用ください。

## 病室のテレビ・冷蔵庫

- ご利用に際しては「テレビ・冷蔵庫使用願い」をスタッフステーションまでご提出ください。
- テレビ利用に際しては必ずイヤホンを使用（各自でご用意ください。院内売店でも取り扱っています）していただきますようお願いいたします。
- TVの視聴可能時間は、午前6:00～午後9:00までです。
- 衛生管理のため、冷蔵庫内を職員が確認いたします。

## 売 店

1F(総合待合ホール横)

【営業時間】平 日 9:00～17:00／土曜 10:00～15:00（日曜・祝日:休み）

## ATM

1F 総合待合ホール(エレベーター横)

【稼働時間】平日・土曜・日曜・祝日 9:00～19:00

## 駐車場

- 院内駐車場の利用は、外来患者さんおよび面会者を対象としています。入院患者さんご本人のご利用はお断りしております。
- 特別な事情で駐車をご希望される方は、入院時にスタッフステーションまでお申し出いただき「駐車許可証発行依頼書」をご記入の上、ご提出ください。
- 発行された許可証は車外から見やすい所に置き、退院時には1階入院受付窓口までご返却をお願いいたします。

## 病状説明

- 病状説明は、医師より患者さん・ご家族の方へ行きます。中心となって話を聞かれる方をどなたか決めておいてください。
- 病状説明は、日程調整をして行います。  
（平日8:30～17:30、1回の説明時間は30分以内とします。）
- 電話での説明は受けかねますのでご了承ください。
- 緊急時の対応などにより、やむを得ず医師が約束の時間に説明できない場合がありますのでご了承ください。

## 診断書が必要な方

- 診断書が必要な方は、1階入院受付窓口までお申し出ください。
- 診断書は、医師が記入します。診療の都合上すぐにできない場合がありますので、お早めにお申し出ください。
- 入院証明書につきましては退院日もしくは退院決定後、1階入院受付窓口にお申し出ください。

## 個室の利用について

- 個室の利用を希望される場合は、別途室料が必要となります。  
（個室は3タイプございます。）
- 感染症など病状により個室隔離が必要な場合があります。その際、入室・面会時に个人防护具の着用をお願いする場合がありますので、詳しくは病棟スタッフへお問い合わせください。

## 薬について

現在使用中の薬とおくすり手帳をご持参ください。入院時に一旦お預かりし、内容を確認させていただきます。入院中の薬は当院で準備します。  
（入院中は他の医療機関にもらいに行かないでください。）

## 入院中について

### 起床と消灯、検温

【起床時間】  午前 6:00 | 採血・検温のある方は  
6時より巡回に参ります。

【消灯時間】  午後 9:00

【検温時間】  検温回数は患者さんの状態により異なります。検温時間は看護師よりお伝えいたしますので、その時間は病室でお待ちください。

### 入浴・保清

- お一人で入浴できない方については、介助入浴と清拭で対応させていただきます。詳細は看護師よりご説明いたします。
- お一人で入浴できる方は毎日入浴可能です。
- 入浴時間は看護師よりお伝えいたします。

### 食 事

※飲食物の病院内持ち込みは原則としてお断りしております

 朝食／  
午前8:00

 昼食／  
12:00

 夕食／  
午後6:00

### 面 会

ご面会の時間は次のとおりです。時間外のご面会は、療養の妨げになりますのでご家族やお知り合いの方には、面会時間をお守りいただきますようお願いください。  
ただし、特に必要な場合はこの限りではありません。

  平日／  
午後2:00～午後8:30

  土曜・日曜・祝日／  
午前10:00～午後8:30

- 面会時間であっても病棟内の事情(回診・治療処置中等)により、面会をお待ちいただくことがありますのでご了承ください。
- 入院患者さんとの面会は、スタッフステーションで許可を受け、ご面会いただいております。  
なお、ご入院時にご記入いただく「個人情報アンケート」に基づいて面会の許可をいたします。
- ご面会中は、他の患者さんのご迷惑にならないようお話いただきますようお願いいたします。また、患者さんおよび同室者の病状により、面会禁止または面会の制限をする場合がありますので、予めご了承ください。
- ご面会の時間は患者さんの療養の妨げにならないようお願いいたします。
- お子様連れや多人数での面会は、なるべくご遠慮いただきますようご家族やお知り合いの方にお伝えください。
- 病室での飲食はお断りいたします。
- 特に乳幼児のお子様は感染防止のため、お連れにならないようお願いいたします。

### 付き添い

- 原則として、付き添いの必要性はありません。
- 患者さんの状態によりご家族の付き添いをお願いする場合もございます。

## 外出・外泊

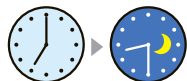
入院中の外出・外泊は、主治医の許可が必要です。ご希望の方は早めに各病棟のサービスステーションにて手続きをお願いします。

※病院敷地外に出られる場合は「外出」扱いとなります。

※病棟を離れる際には、敷地内であっても看護師に行き先をお知らせください。

## 洗濯

洗濯物はお持ち帰りいただくか、指定の場所での洗濯および乾燥をお願いいたします。



【コインランドリーのご利用】午前7:00～午後8:30

※外部洗濯サービスを希望される方はご相談ください

## 病床の移動について

症状や治療計画により他の病棟や病床へ移動をお願いする場合がございます。

詳しくは病棟の看護師長よりご説明致します。

## 学生の受け入れについて

本院は教育機関でもあり、学生の見学、実習、研修を受け入れております。

何卒、ご理解とご協力をお願いいたします。

# ご入院中のお約束

## 飲 酒

ご入院中の飲酒（ノンアルコールビールを含む）は固く禁じられております。違反の場合は退院していただくこともあります。

## 喫 煙

当院は敷地内禁煙となっております。  
(加熱式タバコ、電子タバコ等も含む)



## 貴重品・所持品

貴重品は原則お持ちいただかないようになっております。やむをえず持参された場合につきましては、床頭台の鍵を貸出しておりますのでスタッフステーションにお申し出ください。尚、貴重品・所持品につきましては患者さんの責任においてのご利用となり、その際のトラブル発生時におきましては、当病院側は責任を負いません。

## Wi-Fiのご利用について

全館ご利用いただけます。スタッフにお尋ねください。

## 寝具・備品

病院から貸与の寝具・備品など、故意の破損の場合、相当額の弁償を願う場合がございます。

## 避 難

非常災害時には、必ず職員の避難誘導に従ってください。

◎その他何かご不明な点がございましたら、ご遠慮なく職員へお申し出ください。

## 入院中の他医療機関受診について



入院中の他医療機関への受診は原則的にできないこととなっております。他医療機関の診察、投薬のみ及び電話での問い合わせ等については患者さん又はご家族様が代理受領された場合でも、受診したものとみなされます。

- ◎受診につきましては、主治医の判断が必要となります。
- ◎入院中に他医療機関を受診希望される場合はスタッフステーションへ必ず申し出ください。

他医療機関での診療が必要な方は当院で下記の①②の書類を受け取り後、他医療機関へご持参ください。※不明な点につきましては受付窓口までお尋ねください。

### ①当院からの紹介状 ②他医療機関へ対するお知らせ

※不明な点につきましてはスタッフステーションまでお尋ねください。

## 強制退院

次の事項に該当する行為を行った場合は、診察をお断りすることがあります。入院されている場合は強制退院となりますのでご注意ください。

- 院内飲酒
- 喫煙
- 無許可による外出・外泊
- 他の患者さんに迷惑をかける行為
- 当院職員等に対する暴力・脅迫行為
- 品物破損行為
- その他 当院に対し迷惑がかかる行為

## 入院会計について

- 入院費用は毎月1回の締め切りで、請求書は1日から月末までの分を翌月の12日前後にお渡しいたします。お支払いは診察カードをお持ちの上、1階の会計窓口にお越しいただくか、自動精算機をご利用ください。
- 万一、支払いが遅れる場合は1階入院受付窓口までお申し出ください。
- 入院費用は退院日にお支払いください。
- ご入院中に判明しない検査結果等がある場合、退院後に追加請求させていただく場合がございます。予めご了承ください。
- ご入院中に保険証の変更がございましたら、速やかにご提出願います。提出がない場合、全額自己負担になる場合もあります。
- 午後5:00以降の急な退院につきましては、翌日午前10:00以降の会計をお願いする場合がございます。
- 入院費請求書については患者さんへの手渡しを原則としております。

### 180日を超える入院患者さんの選定療養費について

通算入院期間が180日を超える患者さんの入院基本料は選定療養の対象となります。該当する患者さんにつきましては、後日、別にご案内申し上げます。

## 保険外負担について

当院では下記の項目については、実費の負担をお願いしています。

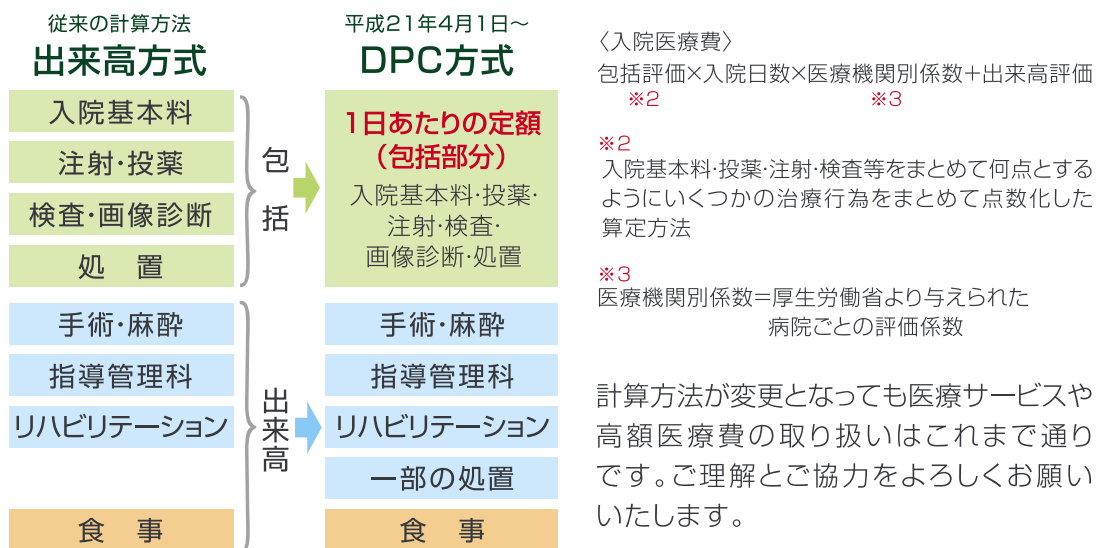
| 項 目              | 金 額        |
|------------------|------------|
| 洗濯機使用料(コインランドリー) | 1回につき 200円 |
| 乾燥機使用料(コインランドリー) | 1回につき 100円 |
| テレビ・冷蔵庫          | 1日につき 200円 |
| 食事代              | 1食につき 510円 |

## 当院の入院医療費の計算方法

### 〈当院は、厚生労働省指定のDPC対象病院です〉

DPC※1とは、最も治療を行った病名と手術や処置の内容等を考慮した上で、患者さん一人一人の診療に応じた1日当たりの定額医療費を算出する包括評価方式です。従来の出来高方式と違い包括部分と出来高部分を合算することとなります。(下図参照)

※1 DPC=Diagnosis Procedure Combination:診断群分類



- DPCは、最も治療を行なった病名に応じた請求金額が設定されているため、入院中に病名が変更になった場合、**翌月及び退院時に変更に応じた過不足金をご精算いただくこと**がございます。
- 病名や保険種別によっては、従来どおりの出来高方式での計算になる場合がございます。  
(事故・労災・自由診療・その他)
- 入院中の他院への受診は原則的にできない事となっております。**  
(P6「入院中の他医療機関受診について」をご参照ください)

## U その他のご案内

### 《患者の権利》

#### 1. 個人として常にその人格が尊重される権利

個人の人格、価値観などが尊重され、医療従事者との相互信頼、相互協力関係のもとで医療行為を受けることができる権利があります。

この権利に基づき、主治医・受持看護師等と相互信頼、相互協力関係が保てない場合は変更を申し出る権利があります。

#### 2. 良質で安全な医療を受ける権利

身分、人権、信条、性別、障害の有無などにかかわらず、適切で安全・良質な医療を公平公正に必要な限り継続して受ける権利があります。

#### 3. 十分な説明を受ける権利

自分が受ける治療や検査の効果や危険性、他の治療法の有無などについて、理解しやすい言葉や書面などで、納得できるまで十分な説明を受ける権利があります。

こうした権利に基づき、自らの診療記録の開示を求める権利と、家族にも診療記録の開示を求める権利があります。

#### 4. 自己決定の権利

十分な説明と情報提供を受けた上で、自己の自由な意思に基づいて、治療方法を選択し、治療を受け、拒否する権利があります。自己決定の際に、主治医以外の医師の意見（セカンドオピニオン）を聞く権利があります。

#### 5. 個人のプライバシーが守られる権利

個人のいかなるプライバシーも守られる権利と、診療の過程で得られた個人情報 は 自己の承諾なくして、自己の診療に直接的にかかわる医療従事者以外に漏れたり開示されたりしない権利があります。

#### 6. 苦情を申し立てる権利

医療行為等により被害を受けたと考える場合や診療経過中に当初の説明とくい違いが生じた場合、また上記の各権利を侵害された場合は、苦情を申し立てることができ、これを以って不利益を受けない権利があります。

### 《患者の責務》

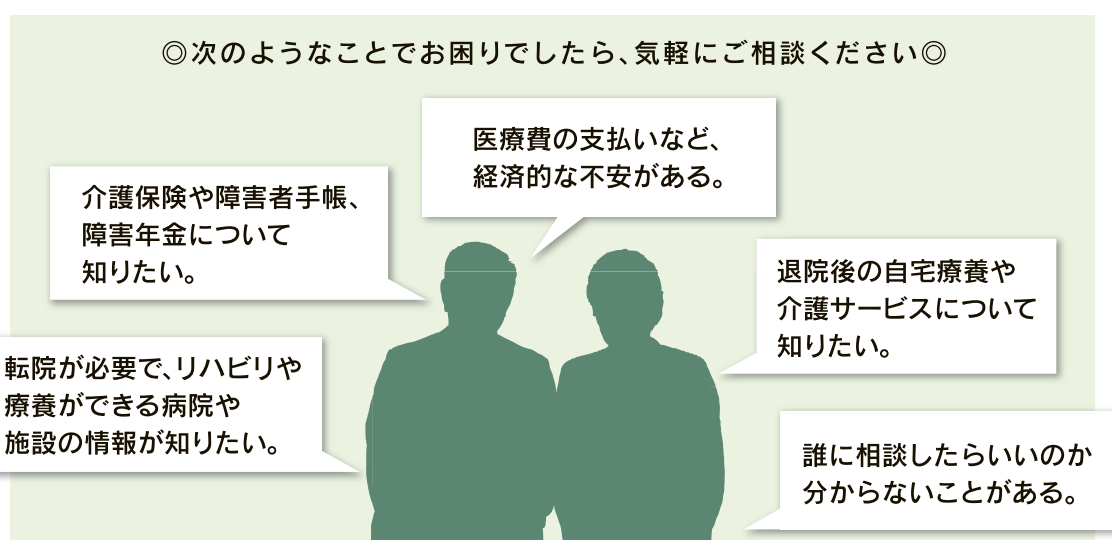
1. 本院の規則を遵守し、迷惑行為は慎んでください
2. ご自身の健康状態について、できる限り正確にお話してください
3. 適切な治療方針を決めるために、ご自身の意思や意見を伝えてください
4. 治療方針をご理解のうえ、ご協力ください
5. ご加入の保険を正確に伝え、受けた医療に対する医療費をお支払いください

## 《相談窓口の設置》

### 連携支援課のご案内

病気や障害を負うと、今までになかった心配事が生じる可能性があります。連携支援課には医療ソーシャルワーカーが従事し、患者さんやご家族の抱える様々な課題のご相談に応じています。

(医療ソーシャルワーカーとは、病気やけがによって起こる生活上の課題に社会福祉の立場から支援する専門の相談員です。当院では、病棟ごとに担当者がいます。)



相談をご希望の方は、担当医や看護師に申し出ていただくか、直接連携支援課にお越しください。入院・外来問わず、ご相談承ります。

※事前に電話などで面接のご予約をしていただくことも出来ます。また、電話での相談もお受けいたします。

お問い合わせ・ご相談はこちら

#### 連携支援課

TEL.0964-32-3218(直通) FAX.0964-32-4655(直通)

月曜日～土曜日／8:30～17:30(場所:1階 外来30番受付 斜め前)

※つながりにくい場合は、お手数ですが代表電話(0964-32-3111)におかけ直してください。

### 医療安全対策に係る相談窓口の設置について

当院では、医療安全管理者等による相談及び支援を受けることができます。患者さん、ご家族の方でご相談がある場合は、ご遠慮なくお申し出ください。

お問い合わせ・ご相談はこちら

#### 医療安全対策室 TEL.0964-32-3111(代表)

医療安全管理者(※)が密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者さん・ご家族の方の相談に応じる体制を整備しています。

(※医療安全管理者とは、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従者です。)

## 《患者さん・ご家族のご要望やご意見について》

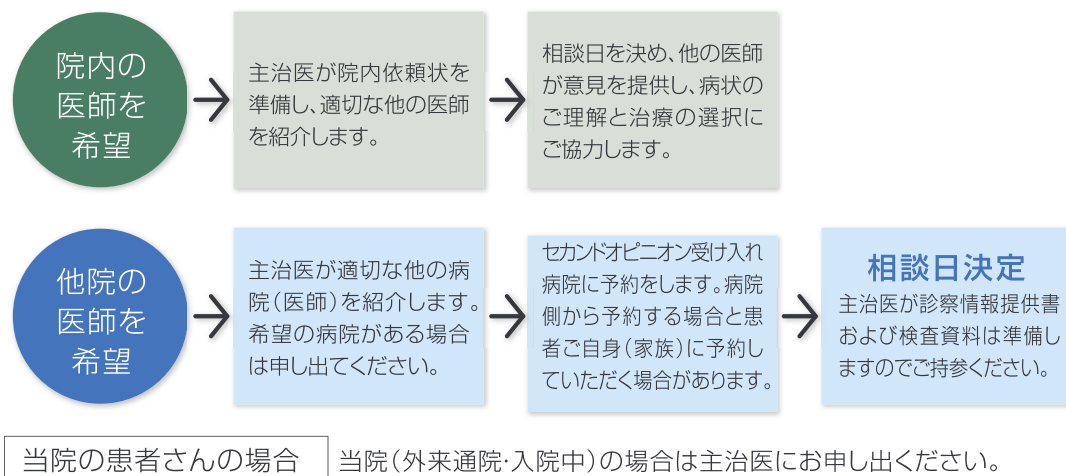
- ・患者さんの権利及び人権擁護
- ・職員の職業倫理
- ・診療における倫理問題
- ・死の判定及び終末期医療
- ・宗教的信仰などに基づく医療行為
- ・がん及び精神病患者に対する  
インフォームド・コンセント<sup>(※1)</sup>  
及び診療情報提供
- ・医療行為の妥当性
- ・セカンドオピニオン<sup>(※2)</sup>
- ・検体ドナー提供

上記のことについてご意見、ご要望があれば医師、看護師までお知らせください。

(※1) インフォームドコンセント(説明と同意)は、医師が患者さんに十分に情報を提供したうえで患者さんから同意を得る事であり、個人の尊厳ならびに自己決定権を尊重することです。

(※2) セカンドオピニオンとは、診断や治療方針について主治医以外の医師の意見のことをいいます。

### ■セカンドオピニオン



## 《パートナーシップについて》

- 医療は、患者さんと医療従事者の共同作業です。医療の質と患者さんの安全確保のためには、医療従事者だけでなく患者さんの参加が必要です。良い治療結果をもたらすためにも、患者さんご自身が積極的に医療に参加されることをお勧めいたします。
- お名前の確認にご協力をお願いします。
- 今までに、服用したお薬や注射等でアレルギーや体に異常があった場合はお知らせください。
- 他院からいただいているお薬や使用しているお薬がありましたら、主治医または看護師にお知らせください。また、お薬手帳などお持ちの方は、ご持参ください。



## 《個人情報保護方針について》

当院は、個人の権利・利益を保護するために、  
個人情報を適切に管理することを社会的責務と考えます。  
個人情報保護に関する方針を以下の通り定め、  
職員および関係者に周知徹底を図り、確実な履行に努めます。



## 当院における個人情報保護方針

### 法令の遵守と個人情報保護の仕組みの改善について

- 当院では、個人情報保護に関する法令、ガイドライン、その他の規範等を遵守するとともに、職員の教育・研修を徹底し、個人情報保護の仕組みの適宜見直しと継続的な改善を図ります。

### 個人情報の収集・利用・提供について

- 当院では、診療および病院の運営管理に必要な範囲で個人情報を収集いたします。
- 当院では、患者さんの個人情報の利用につきましては、「当院における利用目的」を定め、その範囲を超えて使用いたしません。
- 当院では、法令の定める場合を除き、患者さんの許可なく患者さんの個人情報を第三者(※)に提供いたしません。

※第三者:患者さん本人および病院以外をいい、本来の利用目的に該当しない、または患者さん本人によりこの個人情報の利用に同意を得られていない団体または個人をいいます。

### 個人情報の適正管理について

- 当院では、個人情報への不正アクセス、紛失、改ざんおよび漏洩を防止し、安全で正確な管理に努めます。

### 個人情報の開示・修正・利用停止について

- 当院では、患者さんの個人情報について患者さんが開示を求められた場合には、遅延なく内容を確認し、当院の関係規定に従って対応させていただきます。また、内容が事実でない等の理由で訂正を求められた場合、個人情報の利用の停止を求められた場合につきましても、調査の上適切に対応いたします。

## 《当院における利用目的》

当院は、患者さんの個人情報を右記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っております。患者さんの個人情報の取り扱いについてお気づきの点がございましたら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
- 患者さんの診療のため、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
- ご家族等への病状説明
- その他、患者さん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、公費負担医療に関する事務およびその委託
- 審査支払機関へのレセプトの提出
- 審査支払機関又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レセプトの提出、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
- 入退院等の病棟管理
- 医療事故等の報告
- その他、当院の管理運営業務に関する利用
- 当該患者さんの医療サービスの向上

## その他・情報の利用目的

- 企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知
- 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届け出等
- 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 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・院外での症例検討会
- 外部監査機関への情報提供

上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたいものがある場合には、その旨をお申し付けください。お申し出がないものについては同意していただけるものとして取り扱わせていただきます。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。

## 《診察情報の提供に関するご案内》

当院では、日本医師会において制定されました「診療情報の提供に関する指針（第2版）」に基づき、診療記録等（カルテ・各種検査記録等）の開示に努めております。

開示の方法につきましては、ご遠慮なくお申し出ください。なお「診療情報の提供に関する指針」は、主治医が患者さんに病気や治療方法について十分に説明を行い、患者さんの信頼を得て、共働して病気を克服していくために制定されたものであることを念のため申し添えます。

# FLOOR MAP

各階のご案内



敷地内禁煙

(加熱式タバコ、電子タバコ等も含む)



## 売店

1F(総合待合ホール横)

### 【営業時間】

平日 9:00～17:00

土曜 10:00～15:00  
(日曜・祝日:休み)



## ATM

1F 総合待合ホール(エレベーター横)

### 【稼働時間】

平日・土曜・日曜・祝日

9:00～19:00



エレベーター



多目的化粧室



階段



化粧室



女性化粧室



男性化粧室



ATM



公衆電話



授乳室



インターネット完備



自動販売機



売店



総合カウンター



介助浴室



シャワー室



食堂

## 交通のご案内



### バスでお越しの場合

|                 |                                                                                                   |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 松橋駅前発<br>砥用中央行き | JR松橋駅前から砥用中央行きバスに乗車、当病院前のバス停・曲野台団地入口で降車してください。(始発のバス停から約8分)<br>※道路の横断には道の駅交差点をご利用されるなど安全にご注意ください。 |
| 砥用中央発<br>松橋駅前行き | 砥用中央バス停から松橋駅前行きバスに乗車、当病院前のバス停・曲野台団地入口で降車してください。(始発のバス停から約37分)                                     |

### JRでお越しの場合

|                |                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 松橋駅<br>(鹿児島本線) | <p>●JR九州 熊本駅 → JR九州 松橋駅 約16分</p> <p>※新幹線で福岡方面からお越しの場合、熊本駅にて在来線(鹿児島本線)にお乗り換えです。</p> <p>●JR九州 八代駅 / JR九州 新八代駅 → JR九州 松橋駅 約18分</p> <p>※新幹線で鹿児島方面からお越しの場合、新八代駅にて在来線(鹿児島本線)にお乗り換えです。松橋駅降車後、路線バスで約8分、タクシーで約6分ほどで当病院です。</p> |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

◀切り取ってからご使用ください

# 入院申込書

※整理番号

※受付年月日

年 月 日

宇城総合病院長 殿

申込者

印

（申込者が患者さん  
本人以外の場合）

続柄

（患者さんの

私はこのたび貴院に入院したいので次の誓約事項を了承の上入院の申し込みをいたします。

- ①入院の上は貴院の入院患者規程やその他の諸規則及び指示事項を堅く守ります。  
②上記に背き不心得な行為があったときにはいつ退院させられても異議ありません。  
③入院費用（診療費）が支払期日までに未納の場合には、下記の身元保証人及び連帯保証人への支払督促又は貴院の契約する法律事務所への委託等、いかなる措置をとられても異議ありません。

|       |         |                        |  |  |         |       |          |       |
|-------|---------|------------------------|--|--|---------|-------|----------|-------|
| 患者さん  | 住 所     | 〒                      |  |  |         |       |          |       |
|       | (ふりがな)  |                        |  |  |         |       |          |       |
|       | 氏 名     |                        |  |  |         |       | 性 別      | 男 ・ 女 |
|       | 生 年 月 日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日（満 才） |  |  |         |       |          |       |
|       | 電 話 番 号 | 自 宅                    |  |  | 携 帯     |       |          |       |
|       | 勤 務 先 名 |                        |  |  | 勤務先電話番号 |       |          |       |
| 身元引受人 | 住 所     | 〒                      |  |  |         |       |          |       |
|       | (ふりがな)  |                        |  |  |         |       |          |       |
|       | 氏 名     |                        |  |  | 性 別     | 男 ・ 女 | 患者さんとの関係 |       |
|       | 生 年 月 日 | 大正・昭和・平成 年 月 日（満 才）    |  |  |         |       |          |       |
|       | 電 話 番 号 | 自 宅                    |  |  | 携 帯     |       |          |       |
|       | 勤 務 先 名 |                        |  |  | 勤務先電話番号 |       |          |       |
| 連帯保証人 | 住 所     | 〒                      |  |  |         |       |          |       |
|       | (ふりがな)  |                        |  |  |         |       |          |       |
|       | 氏 名     |                        |  |  | 性 別     | 男 ・ 女 | 患者さんとの関係 |       |
|       | 生 年 月 日 | 大正・昭和・平成 年 月 日（満 才）    |  |  |         |       |          |       |
|       | 電 話 番 号 | 自 宅                    |  |  | 携 帯     |       |          |       |
|       | 勤 務 先 名 |                        |  |  | 勤務先電話番号 |       |          |       |

私は患者\_\_\_\_\_が貴院に入院いたしますことについて  
本人の身元引受人として連帯保証人と共に次のことを保証いたします。

1. 本人の身元、診療費支払いなど一切のことを引き受け貴院に迷惑をかけることはいたしません。  
2. 貴院が退院を指示したときは、指示の期日までに必ず本人を引き取ります。  
3. 身元引受人及び連帯保証人の転居のときはすぐに届け、旅行など不在中は代人で指示どおりいたします。  
4. 連帯保証人は入院諸費用の支払いについて、上記の保証極度額の範囲内で保証します。

- ①申込者は患者さん本人が記名捺印してください。  
患者さんが未成年者又は精神障害の場合は、親権者、後見人、扶養義務者、保護義務者等とします。  
②身元引受人は患者さんとの連帯債務者となりますので、患者さんの近親者で入院諸費用の支払能力のある方とします。  
③連帯保証人は患者さん、身元引受人と別世帯の成年者で、独立生計を営み入院諸費用の支払能力のある身元確実な方を選んでください。  
④連帯保証人は「保証極度額」を必ず記載して下さい。



# 個人情報保護法に基づくアンケート及び同意書

当院では、平成17年4月1日より全面施行されることとなった個人情報保護法に基づき、患者さんの権利・利益を保護し、個人情報を適切に取り扱うため、下記項目に関して患者さんのご希望をお尋ねすることになりました。一度ご希望された内容でも御変更はいつでもお受けできますのでお気軽にお申し出ください。

なお、この同意書は患者さんご本人のご意向で記入・提出いただくことを前提としております。

1.面会者に対して入院の有無等の問い合わせにお答えしてよろしいですか？

窓口での問い合わせ ( はい・いいえ )

電話での問い合わせ ( はい・いいえ )

※家族など特定の方への個別対応を希望される場合、担当事務へご相談ください。

2.保険会社等からの問い合わせにお答えしてよろしいですか？ ( はい・いいえ )

3.職場からの問い合わせにお答えしてよろしいですか？ ( はい・いいえ )

4.学校からの問い合わせにお答えしてよろしいですか？ ( はい・いいえ )

5.警察から任意の問い合わせにお答えしてよろしいですか？ ( はい・いいえ )

6.病室の名前札を表示してもよろしいですか？ ( はい・いいえ )

## 【保険会社からの問い合わせについて】

1.通院・入院期間の問い合わせにお答えしてよろしいですか？ ( はい・いいえ )

2.病状経過の問い合わせにお答えしてよろしいですか？ ( はい・いいえ )

3.治療内容の問い合わせにお答えしてよろしいですか？ ( はい・いいえ )

4.過去の病歴、既往歴の問い合わせにお答えしてよろしいですか？ ( はい・いいえ )

年 月 日 住 所 \_\_\_\_\_

患 者 氏 名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

( 続柄 )



# テレビ・冷蔵庫使用申込書

宇城総合病院殿

年 月 日

患者氏名

申 込 者

1. 使用を希望する

2. 使用を希望しない (どちらかを選んでください)

◎1.を選ばれた方は、下記に御記入ください

私は入院に際して、以下の留意事項を確認しテレビ・冷蔵庫を

年 月 日より利用申し込み致します。

◎留意事項

1. テレビ・冷蔵庫(一体型)の使用は、一日200円となっており、使用期間中は日数分お支払い頂く事になります。
2. テレビ・冷蔵庫使用を中止される際は、ナースステーションに準備してある「使用中止届」を提出してください。  
提出がなされませんと、そのまま料金請求が継続される場合がありますのでご注意ください。

宇城総合病院院長



## 病院理念

---

# 私たちは医療をととして 地域に貢献します

## 基本方針

---

- 1.良質で安全な医療を実践します。
- 2.快適な受療環境を提供します。
- 3.魅力ある職場をつくれます。

## 《診療科目》

- |           |             |
|-----------|-------------|
| ●内 科      | ●心臓血管外科     |
| ●呼吸器内科    | ●消化器外科      |
| ●循環器内科    | ●整形外科       |
| ●糖尿病内科    | ●リウマチ科      |
| ●内分泌・代謝内科 | ●泌尿器科       |
| ●腎臓内科     | ●リハビリテーション科 |
| ●脳神経内科    | ●放射線科       |
| ●人工透析内科   | ●麻酔科(牛島 一男) |
| ●外 科      |             |
| ●呼吸器外科    |             |



社会医療法人 黎明会

宇城総合病院

〒869-0532 熊本県宇城市松橋町久具691

Tel.0964-32-3111 Fax.0964-32-3112

URL <http://www.reimeikai.jp/>

2025.2