

## 入院に際してお持ち頂く書類及び品物等

書類および提出物	チェック欄
マイナンバーカードまたは健康保険資格確認書 介護保険証類（原本）一式	
印鑑（認印）	
入院保証金（現金で50,000円）	
基準寝具貸与票	
入院誓約書	
保険外費用負担に関する同意書	
入院費のお支払いについて	
入院にあたっての患者情報用紙	
住宅環境について	
歯科検診における個人情報提供に関する同意書	
入院相談依頼書	
健康保険資格確認に関する同意書	

☆ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせください。



医療法人社団 松下会

東 生 駒 病 院

〒630-0212 奈良県生駒市辻町4-1

☎ 0743-75-0011（地域医療連携室）

基準寝具貸与票

基準寝具1組

品名	数量	備考	品名	数量	備考
掛け布団	1枚		包布	2枚	但し夏季1枚
敷き布団	1枚		シーツ	1枚	
枕	1個		枕カバー	1枚	

紛失・焼失・焼損の場合は、貴院の指示に従い弁償金を支払います。  
また、退院時には、すべて返納致します。

上記の通り使用致します。

病棟	号室	患者氏名	印	男・女
----	----	------	---	-----

年 月 日

東生駒病院 院長 殿


# 入院誓約書

医療法人社団 松下会  
東生駒病院 院長 宛

私はこの度貴院に入院するにあたり、下記事項を守る事を誓約します。  
万一違反しました場合は退院を命ぜられても異議を申しません。

記

- (1) 「入院案内」等の注意事項、諸規則を遵守し、他の患者様や貴院に迷惑をおかけしません。  
(2) 入院費、その他の諸料金は所定の期限までに遅滞なくお支払い致します。  
(3) 医師の説明と同意の内容にしたがって、入院治療をお受けします。

年 月 日

## 患者氏名

フリガナ		印	(男・女)	生年月日	
氏名				(大・昭・平・令) 年 月 日	
現住所				電話	
勤務先 (名称)				電話	

## 診療費等支払保証書

医療法人社団 松下会  
東生駒病院 院長 宛

上記の者の入院に関しまして、身元をお引受けします。  
上記誓約項目 (1) (2) (3) は承諾しました。  
上記患者の貴院入院中の診療費等は、所定の期限内に患者本人若しくは  
連帯保証人①が必ず支払致します。  
万が一、期限までに入院費等の支払が出来なかった場合には、連帯保証人②  
が診療契約に基づく患者本人若しくは連帯保証人①の貴院に対する一切の責務について、極度額 5 0 万円を  
患者本人もしくは連帯保証人と連携して連携して滞りなく、支払致します。

預り金
¥
取扱者 ( ) 預り金は退院時に精算します。

## 連帯保証人①

フリガナ		印	(男・女)	生年月日		続柄
氏名				(大・昭・平・令) 年 月 日		
現住所				電話		
				携帯電話		
勤務先 (名称)				電話		

## 連帯保証人②

フリガナ		印	(男・女)	生年月日		続柄
氏名				(大・昭・平・令) 年 月 日		
現住所				電話		
				携帯電話		
勤務先 (名称)				電話		

オンラインでの資格情報取得

オンライン資格確認システムを用いた「限度額認定証」の照会	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

## 保険外費用負担に関する同意書

当院では、下記の保険外費用の項目について、その料金や利用回数に応じてご負担をお願いしております。

費用が発生しましたら、その都度請求させていただきます。

### 記

項 目	金額（税込）	項 目	金額（税込）
診断書（当院所定用紙）	¥2,200/1 通	理容料金（指定）カット・ブロー	¥1,940/1 回
診断書（施設提出用）	¥3,300/1 通	理容料金（指定）カット・顔剃り	¥2,750/1 回
診断書（保険会社等）	¥5,500/1 通	理容料金（指定）セットコース	¥3,060/1 回
おむつ使用証明書	¥1,100/1 通	理容料金（ROOM）カット・ブロー	¥2,750/1 回
診療費受領明細書	¥550/1 通	理容料金（ROOM）カット・顔剃り	¥3,460/1 回
自賠責保険明細書	¥3,300/1 通	インフルエンザワクチン	¥4,000/ 1 回
自賠責保険診断書	¥3,300/1 通	新型コロナウイルスワクチン	¥16,000/1 回
交通事故後遺症診断書	¥11,000/1 通	肺炎球菌ワクチン	¥7,000/1 回
診療録等の開示手数料	¥5,500/1 通	带状疱疹ワクチン	¥20,000/1 回
診療録等の開示（コピー）	¥ 22/1 枚	死亡診断書（ 1 通目）	¥5,500/1 通
画像情報 C D - R	¥1,100/1 枚	死亡診断書（ 2 通目以降）	¥2,200/1 通
とろみ調整食品「つるりんこ」	¥2,000/1 個	死後処置料（ご逝去時）	¥22,000/1 式

保険外負担の上記項目について費用が発生した場合、その費用を負担することに  
同意します。

記入日                      年                      月                      日

東生駒病院 院長 宛

住                      所

患 者 氏 名

代筆者氏名

続  
柄

## 入院費のお支払いについて

当院の入院費のご請求は、毎月末締め毎月1回となっております。  
ご請求は翌月の10日前後に、請求書および診療明細書をご指定の宛先に郵送いたします。

### <お支払方法>

#### ① 窓口支払（現金またはクレジットカード対応）

平日：9：00～16：30

土曜日：9：00～11：30

※日曜祝日はご精算できません

#### ② 銀行振込

銀行名：みずほ銀行（銀行コード：0001）

支店名：東大阪支店（店番号：484）

科目：普通預金

口座番号：1576061

口座名義：医療法人社団松下会 東生駒病院

※ お振込み人の氏名、必ず患者様の氏名（フルネーム）にてお願いします。

※ 振込手数料は患者様側でのご負担となります。ご了承ください。

お支払い方法にかかわらず、月に一度、マイナンバーカードや資格確認証のご提示による健康保険等の被保険者資格の確認にご協力をお願いいたします。

退院時のご請求書につきましては、郵送いたしますのでご了承ください。

退院のご精算時にも、かならずマイナンバーカードや資格確認証をご提示ください。

医療法人社団松下会 東生駒病院

切り取り

### 請求書の郵送先

住所：	〒
氏名：	

## 入院にあたっての患者情報用紙

患者氏名：\_\_\_\_\_

記 載 者：\_\_\_\_\_

ご入院に際し、患者様の情報提供にご協力をお願いいたします。

なお、個人情報保護に基づき、ご提供いただいた情報は診療以外に使用されることはありません。

### 1、家族構成と病気療養について（配偶者・親子の範囲内）

氏名	続柄	年齢	同居	別居	死別	病気療養中など死亡の場合は死因
例）生駒理葉	妻	68	○			例）脳梗塞、右大腿骨頸部骨折

### 2、日常についてお伺いします。

#### 1）1日の生活のリズムを教えてください。

0時	12時	24時

#### 2）睡眠時間はどれくらいですか。

☐ 8時間以上      ☐ 6～8時間      ☐ 4～6時間      ☐ 4時間以下

☐ 眠剤の使用の有無（薬剤名：                      ）

#### 3）尿の回数はどのくらいですか。

☐ 日中の回数（      ）      ☐ 夜間の回数（      ）      ☐ 尿もれの有無（有      無）

#### 4）便の回数はどのくらいですか。

☐ 1日1回      ☐ 2～3日に一度      ☐ 3～5日に一度      ☐ 5～7日に一度

☐ 下剤の使用の有無（有      薬剤名：                      無      ）

#### 5）排泄について

☐ パンツを着用      ☐ リハビリパンツ（紙パンツ）を着用

☐ リハビリパンツ（紙パンツ）+パットを着用      ☐ オムツを着用

#### 6）食事について

☐ 規則的      ☐ 不規則      ☐ 朝食抜き      ☐ 昼食抜き      ☐ 夕食抜き

☐ 食事には（ 箸      ・      スプーン      ・ 自助具      ）を使用      ☐ 嗜好品（                      ）

☐ 1日の水分量（コップ      杯      ：湯呑      杯）

#### 7）入浴について

☐ 自宅      ☐ 社会サービスを利用      ☐ 洗体は自分で出来る      ☐ 洗体は介助が必要

#### 8）着替えについて

☐ 自立      ☐ 上衣のみ介助      ☐ 下衣のみ介助      ☐ 全て介助

9) 移動について

- ・室内 ☐ 自立 ☐ 車椅子（自操可能） ☐ 車椅子（他人に押してもらう） ☐ シルバーカー  
☐ 伝い歩き ☐ 手引き歩行
- ・屋外 ☐ 自立 ☐ 車椅子（自操可能） ☐ 車椅子（他人に押してもらう） ☐ シルバーカー  
☐ 伝い歩き ☐ 手引き歩行

10) 喫煙について

- ☐ 吸わない ☐ 以前吸っていた オ～ オ 本／日 ☐ 吸っている オ～ オ本／日

11) 飲酒について

- ☐ 毎日 ☐ 週3・4 ☐ 週1回 ☐ 飲まない

12) 宗教について

- ☐ 仏教 ☐ キリスト教 ☐ その他（ ） ☐ 無宗教

13) 住環境について

- ☐ 一戸建て ☐ 集合住宅 ☐ その他（ ）  
（ 階建て）（エレベーター：有 無 ）（階段：有 無 ）

14) 補装具の使用について ☐ 無 ☐ 有

- ☐ 義歯（部分・総義歯） ☐ インプラント（部位： ） ☐ 補聴器（右・左）  
☐ 装具（ ） ☐ 車いす ☐ 眼鏡 ☐ コンタクトレンズ ☐ その他

15) 活動について

- ☐ 趣味（ ） ☐ ボランティアへの参加（ ）  
☐ 現在・過去の職業（ ）

3、食物、薬剤、その他のアレルギーはありますか。 ☐ 無

- ☐ 薬剤（ ） ☐ 食物（ ） ☐ その他（ ）

4、お薬についてお伺いします。

1) 現在服用されている薬はありますか。また、どなたが管理していますか。

- ☐ なし ☐ あり（管理者：本人 家族 その他 ）

5、病気のことで一番相談できる人はだれですか。ご関係をご記入ください。

（相談できる人： 関係： ）

6、現在の職業についてお伺いします。仕事内容をご記入ください。

（ ）

※以下の項目7～12は、面談時に記入いただいた方については、追加のご記入は不要です。

7、社会サービスについてお伺いします。

1) 要介護認定の交付はありますか。

☐ 無 ☐ 有（要支援：      ・要介護：      ） ☐ 申請中（      ）

2) 利用している社会サービスはありますか。

☐ 無

☐ 訪問看護 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問介護サービス(ヘルパー) ☐ デイケア

☐ デイサービス ☐ 訪問入浴 ☐ 配食サービス ☐ 機能訓練事業 ☐ ショートステイ

☐ 職業リハビリテーション ☐ 地域生活支援センター ☐ グループホーム

☐ その他（      ）

3) 利用している社会サービスの事業所をご記入ください。

（      ）

4) ケアマネージャーが決まっている方は、事業所と担当者のお名前をご記入ください。

（事業所：      担当者：      ）

5) 身体障害者手帳の交付はありますか。

☐ 無 ☐ 有

6) 精神障害者福祉手帳の交付はありますか。

☐ 無 ☐ 有

7) 特定疾患・難病医療費助成制度認定の交付はありますか。

☐ 無 ☐ 有 ☐ 申請中（      ）

8、危険度自己（家族）チェックをお願いします。

☐ 最近転んだことがある ☐ 無 ☐ 1年以内に1回 ☐ 1年以内に2回以上

☐ 目をつぶって足を揃えて立ったとき、ふらつく

9、今後の方針（当院を退院した後のご意向）についてお伺いします。

☐ 自宅退院 ☐ 施設 ☐ 相談希望 ☐ 検討中

10、前病院でのどのように説明を受けられたか教えてください。

（      ）

11、かかりつけ医がありましたら、ご記入ください。

（      ）

12、緊急連絡先を2箇所ご記入ください。

①氏名	(続柄)	電話番号 (      )
		住所 _____
②氏名	(続柄)	電話番号 (      )
		住所 _____

ご協力ありがとうございました。

東生駒病院 看護部



# 住宅環境について

患者番号：

患者氏名： 様

記入日 年 月 日

住居	一軒家・マンション（持ち家・賃貸）
移動方法	屋内：（独歩・伝い歩き・手引き歩行・T字杖・4点杖・車椅子・シルバーカー）
	屋外：（独歩・伝い歩き・手引き歩行・T字杖・4点杖・車椅子・シルバーカー）
玄関まで	階段（有→段数 段・高さ cm・無）手すり（有・無）段差（有・無）
エレベーター	有 ・ 無
玄関	上がり框（高さ： cm）踏み台（有・無）手すり（有・無）
廊下	手すり（有・無）
室内階段	手すり（有・無）
生活スペース	洋室 ・ 和室 ・ 1階 ・ 2階
	→（畳 ・ フローリング ・ カーペット）
	→敷居（有・無）扉（横開き・内側開き・外側開き・無）
	→障害物の有無（ ）
食卓	テーブルの高さ： cm （座卓の高さ： cm）
ベッド	ベッド（有・無）→柵（有・無）：L時柵の使用（有・無）
	リモコン付き（有 ・ 無 ） 高さや背もたれの変更（可 ・ 不可 ）
トイレ	手すり（有・無）扉（横開き・内開き・外開き）洋式 or 和室
洗面所	手すり（有・無）椅子（有・無）
浴室	手すり（有・無）浴槽の深さ cm シャワーチェア（有 高さ cm・無）
	→脱衣所の椅子（有 ・ 無 ）
整理整頓の状況	（ ）

## 歯科検診における個人情報提供に関する同意書

医療法人社団松下会 東生駒病院入院後、協力歯科医療機関である「医療法人大樹会へぐり歯科」による無料歯科検診を実施致しています。

その結果、治療が必要と判断された場合には、医療法人大樹会へぐり歯科よりご家族様へ直接治療に関するご連絡をさせて頂きたく存じます。

その際、患者様の情報並びにご家族様のご連絡先等の情報を医療法人大樹会へぐり歯科へ情報提供させて頂くこととなります。

ご連絡先の情報提供に関しまして、以下からご家族様のご意思に当てはまるものにチェックを付け、当施設までご提出をお願い致します。

☐ ① 上記に添う連絡先等の情報提供に同意する。

☐ ② 連絡先等の情報提供に同意しない。

令和      年      月      日

病棟      階      お部屋      号      ご入院患者様氏名

ご家族様氏名

①の同意する。にチェックされた方は、太枠の中のご記入をお願いします。

### «患者様»

ふりがな

氏 名

性別

生年月日

### «請求書送付先»

ふりがな

氏 名

電話番号

〒

住 所

### ※病院記入欄

傷病名

処方

添付薬剤情報参照

感染症の有無

有      ・      無

感染症名

新規・再入院

(前回入院期間:

・      ・      )

～

・      ・      )

[情報提供先] 医療法人大樹会 へぐり歯科

所在地: 奈良県生駒郡平群町下垣外84-7 TEL: 0745-46-2488

医療法人社団松下会 東生駒病院

## 入院相談 依頼書

ふりがな 患者氏名		男	明治・大正・昭和・平成
		女	年      月      日生まれ
住所	〒		
TEL			
入院中の場合 (病院名)		入所中の場合 (施設名)	

ふりがな 相談者氏名①			本人との続柄	
住所	〒			
TEL	自宅			
	携帯			
勤務先	電話			

ふりがな 相談者氏名②			本人との続柄	
住所	〒			
TEL	自宅			
	携帯			
勤務先	電話			

入院中病院以外のかかりつけ医	傷病名	もらっているお薬など

## 健康保険資格確認に関する同意書

医療法人社団松下会では、患者様の健康保険資格情報の確認において、  
下記目的以外に使用しない取り扱いをいたしますので、ご承諾をお願いいたします。

### 記

- 1) 行政機関等との連絡や問い合わせ
- 2) 支払機関への請求および自己負担金の確認
- 3) コンピュータ入力誤りの防止

上記目的のため、当院が健康保険資格確認書の写しを取得することに同意します。

令和        年        月        日

同意者署名	
-------	--

医療法人社団松下会  
理事長 平林 倫子 宛