

入院のご案内

入院手続きに必要なもの



- ☐ 印鑑
- ☐ マイナンバーカード
- ☐ 福祉医療費受給者証
(子ども、障害、難病など)
- ☐ 入院のご案内(本冊子)

<提出書類>

- ☐ 入院に係る同意書

<必要に応じて提出いただく書類>

- ☐ CSセット申込書
- ☐ 手術や検査の同意書

入院生活に必要なもの

所持品は、お名前を記入のうえお持ちください。

こちらはCSプラン(有料)でご利用可能です
詳しくは別添パンフレットをご覧ください

- ☐ 病衣(肌着を含む)
- ☐ 洗面用具

歯ブラシ・歯磨き粉
歯磨きティッシュ・義歯ブラシ
義歯ケース・義歯洗浄剤・舌ブラシ
口腔スポンジ・口腔保湿ジェル
ボディタオル・ヘアブラシ

- ☐ バスタオル・フェイスタオル
- ☐ ティッシュペーパー
- ☐ コップ類

カラーコップ・ストローコップ
ストロー

- ☐ 下着類、くつ下
- ☐ 洗濯物を入れる袋
- ☐ すべりにくい履き物
- ☐ マスク(不織布推奨)

ワゴンショップ

時間：平日9:00~15:00

場所：1階会計窓口横

転倒予防シューズや

一部日用品を販売しております。

……必要に応じて準備いただくもの……

- ☐ おむつ・尿取りパッド
- ☐ イヤホン(テレビ視聴用)
- ☐ うがい受け
- ☐ 保湿ローション
- ☐ 入浴用具

リンスインシャンプー
ボディソープ・カミソリ
シェービングフォーム

- ☐ 食事用小物類

割りばし・使い捨ておしぼり
プラスチックスプーン
プラスチックフォーク

- ☐ 電気カミソリ
- ☐ 現在服用中のお薬・お薬手帳
薬剤情報提供書
- ☐ 健康食品やサプリメントなど
毎日飲んでいるもの
- ☐ その他入院の際に準備するよう
説明を受けているもの

荷物の受け渡し

時間：平日13:00~17:00

申込：1階総合受付

看護師が患者さんへお届けします。

注意事項

①持ち込み禁止物

アルコール類・タバコ・刃物・裁縫道具・ハサミ・火器（ライターなど）
漂白剤・ガラス製品・モバイルルーター・その他（危険になり得るもの全般）
必要時は看護師にご相談ください。

②敷地内の禁止事項

※敷地内とは駐車場や入館口を含む、当院が管理する空間全てを指します。

次の禁止事項が確認された場合、
強制退院や警察などへ連絡する可能性があります。

飲酒・喫煙
無断での動画・写真撮影、録音・録画、SNSへの投稿、動画配信
故意の窃盗、暴力行為、器物損壊などの違法行為
またはこれらに準じる行為

これに伴い、貴重品の紛失・破損については、当院では一切の責任を負いかねます。

③入院中は他の医療機関を受診できません

無断で他の医療機関を受診することはできません。必ず看護師にご相談ください。
ご家族が代わりにお薬をもらう場合や紹介状をもらう場合でも同様です。
万が一無断で受診した場合、料金を自費でお支払いいただく可能性があります。

④院外へ出る場合は、主治医の許可が必要です

退院を含め、外泊などの院外への外出には主治医の許可が必要となります。
無断離院に起因する事故などについて、当院では一切の責任を負いかねます。

⑤部屋やベッド移動をする場合がございます

病状や病室の調整のために行っておりますので、ご協力ください。

⑥入院患者用駐車場

国道側駐車場（マックスバリュ様側）をご利用ください。

⑦業者配送サービスを利用したい場合

荷物などの「業者配送サービス（当院で荷受け）」を利用したい場合は、
必ず事前に病院スタッフへご相談ください。

入院費の請求について

入院費は月1回請求いたします。

毎月10日頃に清算し、前月1か月分を請求いたします。

お支払いは1階会計窓口までお越しください。

時間：平日8：15～17：00

会計窓口では
クレジットカードがご利用可能です
振込や引落としのご相談は
会計窓口までお願いいたします

<お支払いの目安>

70才以上	70才未満	月額上限	年間上限	1食あたり
一般	区分工	61,500円	530,000円	550円
	区分オ	36,900円	290,000円	270円
低所得者Ⅱ		25,700円	290,000円	270円
低所得者Ⅰ		15,700円	180,000円	130円

※療養病床に入院する65才以上の方には、
別途居住費（光熱水費）が1日あたり430円かかります。

退院証明書について

直近3か月の間に、他の病院に入院していた場合は、退院証明書をご提出ください。

保険外負担について

診断書や予防接種、個室をご希望の場合は、別途料金がかかります。

ご希望の方は、院内またはホームページにて掲示している料金を

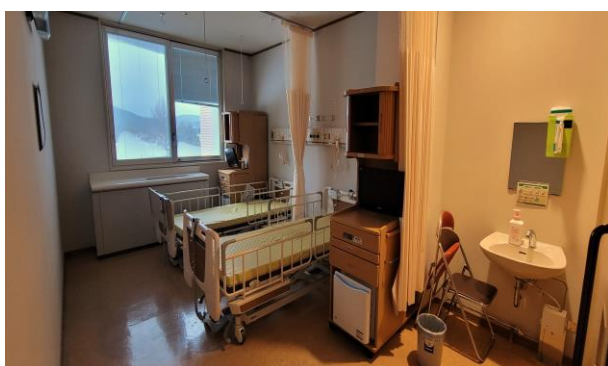
ご確認のうえ、スタッフにお申し付けください。

別途同意書が必要な場合がございます。

右記よりホームページの掲示が
ご確認できます（下部参照）



個室例（トイレ、洗面台有）
1日あたり3,300円



2人部屋例（洗面台有）
1日あたり1,100円

面会について

対面面会

時間：14:00～16:00

申込：1階総合受付

面会できるのは患者さんのご家族で
高校生相当以上の方に限ります。

※患者さんの病状によって
実施できない場合がございます。

オンライン面会

オンライン面会も可能です。
ご利用の際はホームページまたは
総合受付へお申し込みください。



左記よりホームページの案内が
ご確認できます（下部参照）

W i - F i サービスについて

2階病棟では無料W i - F i がご利用可能です。
詳しくは病棟内掲示をご確認ください。



平内町国民健康保険 平内中央病院

〒039-3321 青森県東津軽郡平内町大字小湊字外ノ沢1-1

電 話：017-755-2131

FAX：017-755-2233

当院ホームページはこちら

入院に係る同意書

入院時誓約事項

貴院へ入院するにあたり、本人およびその家族は貴院諸規則を厳守し、院内掲示、入院案内の内容、貴職員の指示に従うことを誓約いたします。

■万が一、貴院の諸規則に違反または貴職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申し立てません。

■入院治療費、その他入院中の療養に係る諸料金に関しては、債務者に指定された者が遅滞なく支払い、退院時には全額精算いたします。

■連帯保証人は、患者本人の貴院に対する治療費等の支払い義務について債務者と連帯し、極度額30万円までの保証債務を負います。

■万が一、支払いが滞ることがあれば、法的手続きにより支払請求を受ける旨、了承します。

個人情報に係る同意事項

当院では病室前に名札を表示しております。
同意しない場合下記にチェックをつけてください。

☐ 名札の表示に同意いたしません。

当院では面会等の取次ぎを行う場合がございます。
同意しない場合下記にチェックをつけてください。

☐ 面会等の取次ぎに同意いたしません。

当院では無断離院の防止および搜索を目的に、必要に応じて患者さんの顔写真を撮影する場合がございます。
同意しない場合下記にチェックをつけてください。

☐ 顔写真の撮影に同意いたしません。

なお、上記内容は個人情報保護方針に基づき取り扱い、その目的以外に利用することはありません。

裏面へつづく

平内町国民健康保険平内中央病院
院長 首 藤 邦 昭 殿

これまで説明された内容、確認事項、選択事項について了承いたします。

西曆 年 月 日

入院患者

氏 名：明・大 昭・平 年 月 日生
住 所：〒

電話： 携帶電話：

債務者：お支払いをされる方 ☐ 入院患者と同一の場合チェックして省略可

氏 名： _____ 続 柄： _____
住 所： _____

電 話： 携帶電話：

勤務先住所：

勤務先電話：

連帯保証人：入院患者と同一世帯ではない方

氏 名： _____ 続 柄： _____
住 所： _____

電話： 携帯電話：

勤務先住所：

勤務先電話：_____

請求書を郵送希望される場合

☐入院患者自宅 ☐債務者自宅 ☐連帯保証人自宅

☐ その他

宛 名：
住 所：