

入院のご案内

診療時間

月～金

9:00～12:00

13:00～17:30

土・日・祝・祭日

休診

診療科目

- ・内科・循環器内科・外科・整形外科
- ・小児科(発達外来)・皮膚科・泌尿器科
- ・リハビリテーション科・放射線科・歯科



医療法人恵会

光風台病院

〒851-2215 長崎市鳴見台2丁目45-20

TEL 095-850-0001

FAX 095-850-1010

入 院 の ご 案 内

入院に際し、何かとご心配のことと存じます。
安心してご静養いただけるよう、次の事柄にご留意ください。

1. 入院時にお持ちいただくもの

- ・別紙【入院準備品に関してのお願い】をご参照ください。
入院に必要な日用品は、院内売店にも取り揃えております。
ご不明な点、詳細につきましては、看護師にお尋ねください。
- ・現在内服中の薬をお持ちください。
- ・診察券（お持ちの方）、お薬手帳、認印をお持ちください。

2. 入院の手続き

- ・入院の際は、1階受付にて入院手続きを行ってください。
- ・次の証書をお持ちの方は、必ず受付に提出してください。
 - ・健康保険証（マイナンバーカード）
 - ・身体障害者手帳
 - ・高齢受給者証
 - ・被爆体験者医療受給者証
 - ・原爆被爆者手帳
 - ・難病（特定疾患）医療受給者証
 - ・福祉医療費受給者証
 - ・生活保護受給者証
 - ・介護保険証
 - ・標準負担額減額認定証
 - ・入院一部負担金限度額認定証

※「マイナンバーカード」を利用し、医療保険の資格情報をオンラインで確認
できます。

※保険証等各証書は毎月1回確認させていただきます。窓口へご提示ください。

※入院誓約書は、入院時に必ず1階受付に提出してください。

3. 個室・二人部屋について

- ・個室、二人部屋をご希望の方は、看護師または1階受付へお申し出ください。

室区分	ベッド テーブル	冷蔵庫	テレビ	料金（1日）	室数
二人部屋	○	○		1. 650円	2
個室	○	○	○	2. 200円	8

※満床等の事情により、ご希望に添えない場合があります。

※個室または二人部屋の料金は保険給付外の費用です。自己負担となりますことを
ご了承ください。

4. 入院中の生活について

- ・テレビのご視聴には有料のテレビカードが必要です。看護師にお申出ください。
- ・電気器具は許可なく使用できません。ご希望の際は看護師にお申し出ください。
- ・私物の洗濯は、院内サービス事業もしくは有料の洗濯機をご利用ください。
- ・ごみは分別して収集しています。
- ・売店では、日用品、雑誌等を販売しています。

売店：月～金曜日（土日祝日はお休みです） 午前9時～午後5時

- ・理髪をご希望の方は、看護師にお申出ください。

5. 入院中の留意事項について

一日も早い健康回復を願い、快適な入院生活をお過ごししていただくために、次の事項をお守りください。

- ① 入院時は、自家用車・バイクのお持ち込みはご遠慮ください。
- ② 院内の備品は大切にご使用ください。
- ③ 貴重品のお持ち込みはお断りします。紛失や盗難等に関して、当院は一切の責任を負いませんので、あらかじめご了承ください。
- ④ テレビ、ラジオ等を視聴なさるときは、必ずイヤホンをご使用ください。
- ⑤ 消灯は午後9時です。
- ⑥ 外出・外泊には医師の許可が必要です。
- ⑦ 許可なくナースステーションへの出入りはできません。
- ⑧ 入院中もしくは退院時のお心遣いは、ご遠慮させていただきます。
- ⑨ 医療行為の妨害とみなされる暴言・暴力行為は慎んでください。状況に応じて警察に通報する場合があります。
- ⑩ 院内での喫煙、飲酒、他の患者様への迷惑行為が発生した際は退院をお願いさせていただきます。

6. 看護について

- ・当病院は、看護、給食及び寝具設備の基準による看護を行っておりますので、付き添いの必要はありません。ただし、患者様の病状等でご家族が希望なさる場合は、主治医の許可を得ることが必要です。主治医または病棟看護師長にご相談ください。
- ・治療及び看護上お部屋の移動をお願いすることがあります。ご協力ください。
- ・入院による生活環境の変化、病状の変化、認知症などによる不穏行動などの問題が生じた際は、患者様の安全確保のため、以下のような対応を取らせていただくことがありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

* 点滴・チューブ類の抜去が予想される場合

→ミトン（やわらかい手袋）や抑制帯の使用、拘束衣（つなぎ式パジャマ）の着用など

* ベッド柵を乗り越えたり、必要以上に床に降りようとされたりすることで、転倒・転落の危険性が高い場合

→ベッド柵を2本から3～4本に増やす、コールセンサーの設置、ベッドの壁付け、衝撃吸収マットの使用など

以上のような対策を講じても安全の確保が困難な場合は、ご家族の協力をお願いさせていただく場合もありますので、よろしくお願いします。

7. 面会時間について

面会時間は、次のようになっています。必ずお守りください。

平日：午前10時から午後5時まで

土曜：午前10時から午後12時まで

日・祝祭日：面会なし

※諸事情により変更する場合があります。

※午後6時以降は正面玄関を施錠しますので、夜間通用口をご利用ください。

8. 食事について

入院時に栄養管理計画書を作成し、患者様の栄養管理を行っています。食事は医師の指示により、栄養士が病状に応じた食事の献立をしておりますので、病院内への飲食物の持込みは固くお断りいたします。

食事時間

・朝食	7：30
・昼食	12：15
・夕食	18：00

9. 入院費用について

- ・入院費は毎月末日で締め切ります。翌月の15日までに請求書を郵送いたしますので、10日以内に、請求書をお持ちいただき、受付窓口でお支払いください。

銀行振込、クレジットカードでのお支払いも可能です。

※銀行振込の際は入院中の患者名でお振込みをお願いいたします。

- ・入院費につきましては、別紙【入院費窓口負担について】をご参照ください。

※限度額適応・標準負担限度額減額認定証をお持ちの方は減額措置があります。

※原爆手帳をお持ちの方は、一部負担金・食事負担金はありません。

- ・保険適用外となる費用

* 選定療養費

* 居住費

* お部屋代（個室：二人部屋）

- ・院内サービス事業（病衣・オムツ・私物洗濯など）を利用の方へ
入院費同様、毎月末日で締め切ります。病院請求書と売店請求書とを併せて請求・郵送いたしますので、一括して受付窓口にてお支払いください。
- ・退院時には当日のご精算をお願いいたします。

10. 書類について

入院証明書等の書類が必要な時は、1階受付窓口までお早目にお申し出ください。

(税込)

生命保険会社用診断書	複雑	7,700円	特別児童扶養手当等診断書	6,600円
	簡単	5,500円	司法関係診断書	7,700円
普通診断書		3,300円	ホーム入所診断書	4,400円
厚生年金・国民年金診断書		11,000円	特定疾患更新用診断書	3,300円
原爆健康管理手当診断書		11,000円	オムツ使用証明書	1,100円
原爆介護手当診断書		4,400円	医療費明細証明書	550円
身体障害者手帳申請診断書		6,600円	通院証明書	1,100円
身体障害者福祉手当認定診断書		6,600円	死亡診断書	6,600円

11. 医療相談について

入院生活に関するお悩みや問題については、医療ソーシャルワーカー（MSW）がいつでもご相談に応じますので、病棟師長、または1階受付までお申し出ください。

12. 他院・他科受診について

入院中は、原則として他の医療機関を受診することはできません。

入院中、持参されたお薬が入院中になくなったり、他院の診察予約を行っている場合は、主治医または病棟看護師にお知らせください。

当病院では治療できないと主治医が判断した場合は、事前に受診先の医療機関と当病院での調整が必要になりますので、必ずご相談ください。

令和6年3月1日現在

入院準備品に関してのお願い

R6年3月

- ・原則としてオムツは持ち込み禁止となっております。オムツ類は全て当院専用のもので使用させていただきます。
- ・破損の恐れのある割れ物（陶器のコップ、花瓶等）は、持ち込みをご遠慮ください。
- ・持ち込み品（枕、クッション、毛布等）がある時は、スタッフにご相談ください。
- ・季節に応じた衣類の補充、整理をお願いします。
- ・持ち物全てに油性ペンでフルネーム（カタカナ可）の記名をお願いします。
- ・記名できないもの、記名しても見えない色のものは、持ち込みをご遠慮ください。
- ・院内売店にて準備品のご購入も可能です。必要時ご利用ください。

入院なさるすべての方

箱ティッシュ	5 個
肌着	5枚 座って着替えることが難しい方は前開きタイプをご準備ください。
バスタオル	5枚
タオル	5枚
マスク	5 枚
プラスチックコップ	1 個
電気カミソリ	男性のみ

以下は該当する方がご持参ください。

○歯磨き・うがいができる・洗面台への歩行が難しい方

- ・歯ブラシ
- ・歯磨き粉
- ・ガーグルベース（うがい受け）

○うがいが困難な方(当院歯科でご購入可能です。金額は別紙ご参照ください。)

- ・口腔用ウェットティッシュ
- ・口腔ケア用スポンジ
- ・口腔用保湿ジェル
- ・歯ブラシ（義歯ではない方）

○義歯をご使用の方

- ・義歯ケース
- ・洗浄剤
- ・義歯用ブラシまたは歯ブラシ

○ポータブルトイレを使用なさる方

- ・ウエットティッシュ（病室内に水回りがいないため）
- ・トイレマット（滑り止め付き）

○洗濯物をお持ち帰りの方

- ・蓋つきバケツ（使用した衣服、タオル類を入れます）

○テレビを視聴なさる方（個室を除く）

- ・イヤホン ・テレビカード（1000 円/枚）

○歩行が可能な方、座るリハビリがある方

- ・かかとのある履きもの

○必要な方

- ・食事用ビニール製エプロン ・楽のみ ・ストロー付きコップ
- ・箸（常食の方） ・ヘアブラシ

○入浴セットをお申し込みでない方

- ・洗面器 ・石けん（ボディーソープ） ・シャンプー

○私物の寝巻きや下着を使用なさる方

- ・各 5 枚

※立つことが困難な方は必ず入浴セットを申し込みいただいております。

※私物の洗濯をお申し込みの場合は、入浴セットと寝巻きをお申し込み

いただいた方が、費用の負担が軽くなります。

《 院 内 サ ー ビ ス 事 業 案 内 》

下記の項目を有料で提供いたします。

オムツ類は1パック単位でご購入いただきます。退院時に返品できませんので、ご了承ください。

その1

品 名	1パック	販 売 価 格 (税込)
リフレはくパンツスリム S	22 枚入	3,080 円
リフレはくパンツスリム M	20 枚入	2,800 円
リフレはくパンツスリム L	18 枚入	2,520 円
リフレスマートフィットテープ止め S	22 枚入	3,080 円
リフレスマートフィットテープ止め M	20 枚入	2,800 円
リフレスマートフィットテープ止め L	17 枚入	2,380 円
簡単テープ止め S	34 枚入	4,760 円
簡単テープ止め 小さめM	32 枚入	4,480 円
簡単テープ止め 小さめL	26 枚入	3,640 円
リフレパッド レギュラー	30 枚入	1,350 円
リフレパッド スーパー	30 枚入	3,300 円
リフレスピードキャッチパッド ウルトラ	28 枚入	3,920 円
リフレ便利なワイドシートお徳用パック	46 枚入	5,060 円
介護用シート吸水タイプ	30 枚入	4,500 円

その2

項目	内容	単価（税込）	
入浴セット	タオルケット、バスタオル、石鹸、シャンプー	330円	1回
ねまき	必要な分を準備し、ご使用後洗濯します。	110円	1日
つなぎ	必要な分を準備し、ご使用後洗濯します。	165円	1日

その3

項目	内 容	単価（税込）	
私物洗濯	シャツ	165円	1枚
	パンツ	110円	1枚
	タオル	110円	1枚
	バスタオル	220円	1枚
	靴下	110円	1枚
	パジャマ上下	330円	1枚
	ミトン	110円	1枚

☆ 申 込 方 法 ： 保険外費用の負担に関する同意書兼申込書を病棟職員へお渡しください。

☆ 請求について ： 毎月・月末締めで、入院費と一緒にご請求いたします。

☆ お 支 払 方 法 ： 入院費と一緒にお支払いください。

その他、当院歯科で購入できる物品

- ・ 口腔用ウェットティッシュ（420円/60枚）
- ・ 口腔ケア用スポンジ（660円/10本）
- ・ 口腔用保湿ジェル（530円/40g）
- ・ モーニン歯ブラシ（120円/1本）

🏡 入院費の窓口負担金について 🏡

🏠 各健康保険の負担割合お支払いとなりますが、「限度額適用認定証」を提示して頂きますと窓口でのお支払い額が軽減されます。

	対象者区分			1か月の自己負担限度額	多数該当
	75歳以上	70歳～74歳	70歳未満		
現役並み所得者（3割）	課税所得 690万円以上	年収 約1160万円～	年間所得 901万円超～ ア	252,600円＋(医療費－842,000円)×1%	140,100円
	課税所得 380万円以上 現役Ⅱ	年収 約770万円～約1160万円 現役並みⅡ	年間所得 約600万円超～901万円 イ	167,400円＋(医療費－558,000円)×1%	93,000円
	課税所得 145万円以上 現役Ⅰ	年収 約370万円～約770万円 現役並みⅠ	年間所得 210万円～600万円 ウ	80,100円＋(医療費－267,000円)×1%	44,400円
	一般所得（一般）	一般(2割)	年間所得 210万円以下 エ	57,600円	
住民税非課税世帯			住民税非課税世帯 オ	35,400円	24,600円
	低所得者Ⅱ	低所得者Ⅱ(2割)		24,600円	
	低所得者Ⅰ(老福)	低所得者Ⅰ(2割)		15,000円	

☆ ご自身やご家族がどの区分に該当するかは、下記の各申請場所へお問い合わせしていただき必要であれば入院前・入院時に申請を行って下さい。

※青文字以外の区分に該当する方は限度額適用認定証は発行されません。

（お問い合わせ・申請・認定証発行先）

後期高齢受給者の方	(長崎県在住の方) 長崎県後期高齢者医療広域連合 TEL 095-816-3930
国民健康保険の方	(長崎市在住の方) 長崎市役所 国民健康保険課 TEL 095-822-8888(あじさいｺｰﾙ)
全国健康保険協会の方	全国健康保険協会 長崎支部 TEL 095-829-6000 (もしくは、加入されている協会の支部へ)
組合・共済保険の方	保険証に記載してある健康保険組合、もしくは 事業所の担当者の方へお問い合わせください。

医療法人 恵会 光風台病院

🍴 食 事 負 担 金 に つ い て 🍴

入院時食事療養費の窓口負担金

区分				食費
2階病棟	一般（下記以外）			1食 510円
		難病患者		1食 300円
4階病棟	低所得者	住民税非課税「オ」		1食 240円
		及び低所得者（Ⅱ）※1	入院90日超※2	1食 190円
		低所得者（Ⅰ）※1		1食 140円

入院時生活療養費の窓口負担金

区分				食費	居住費
3階病棟 (療養病棟)	一般（下記以外）			1食 510円	1日 370円 但し、難病患者と 65歳未満の方0円
		難病患者		1食 300円	
	住民税非課税「オ」 及び 低所得者（Ⅱ）※1	入院医療の必要性が 高い人※3		1食 240円	
		又は難病患者	入院90日超※2	1食 190円	
	低所得者（Ⅰ）※1	上記以外の方		1食 240円	
		入院医療の必要性が高い人※3又は 難病患者		1食 110円	
		上記以外の方		1食 140円	
		高齢福祉年金受給者・境界層該当者		1食 110円	0円

※1 「限度額適用・標準負担額減額適用認定証」を窓口にご提示ください。
(オンライン資格確認の同意があれば当院で確認ができます)

※2 直近12か月の入院日数が90日を超えている方で、別途申請し、認定を受けている方です。
(申請には入院日数が90日超の確認が出来る領収書が必要です)

※3 入院医療の必要性が高い人とは人工呼吸器、静脈栄養等が必要な人方で医療区分Ⅱ・Ⅲの方
(該当するかの確認は当院受付にて問い合わせてください)

医慮法人 恵会 光風台病院

患者様の個人情報の保護についてのお知らせ

.....

当院では、患者様に安心して医療を受けて頂くために、安全な医療を提供するとともに、患者様の個人情報の取扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

個人情報の利用目的について

当院では、患者様の個人情報を別記の目的で利用させていただくがございます。これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて患者様から同意をいただくことにしております。

個人情報の開示・訂正・利用停止について

当院では、患者様の個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましても「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めております。

* 手続きの詳細のほか、ご不明な点につきましては、窓口までお気軽にお尋ねください。

医療法人恵会 光風台病院

病院長 戸川 恵

当院における個人情報の利用目的

1. 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
- ・ 患者様の診察のため、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、患者様への医療提供に関する利用

2. 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及びその委託
- ・ 審査支払機関へのレセプト提出
- ・ 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、及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用

3. 当院の管理運営業務

- ・ 会計・経理
- ・ 医療事故等の報告
- ・ 当該患者様の医療サービスの向上
- ・ 入退院等の病棟管理
- ・ その他、当院の管理運営業務に関する利用

4. 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

5. 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または届出等

6. 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

7. 当院内において行われる医療実習への協力

8. 医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

9. 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は、その旨をお申出ください。

* お申出がないものについては、同意して頂けたものとして取り扱わせていただきます。

* これらのお申出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

交通案内

長崎方面より

長崎バス

- ①光風台車庫行
- ②光風台経由 檜山行
- ③光風台経由 石原（三重）行
- ④光風台経由 桜の里行
- ⑤光風台経由 豊洋台行

下車停留所

光風台バス停 徒歩 3 分
※鳴見台口の次のバス停です。

檜山方面より

長崎バス

- ①光風台経由
新地中華街行
- ②光風台経由
中央橋行

下車停留所

光風台バス停 徒歩 3 分
※鳴見台小学校前の次のバス停です。



必ずお読みください!!

火災発生時の心得

.....

当病院では安心してご静養いただけるよう、防火、防災には万全を期していますが、

万一火災が発生した場合は、次の点にご注意ください。

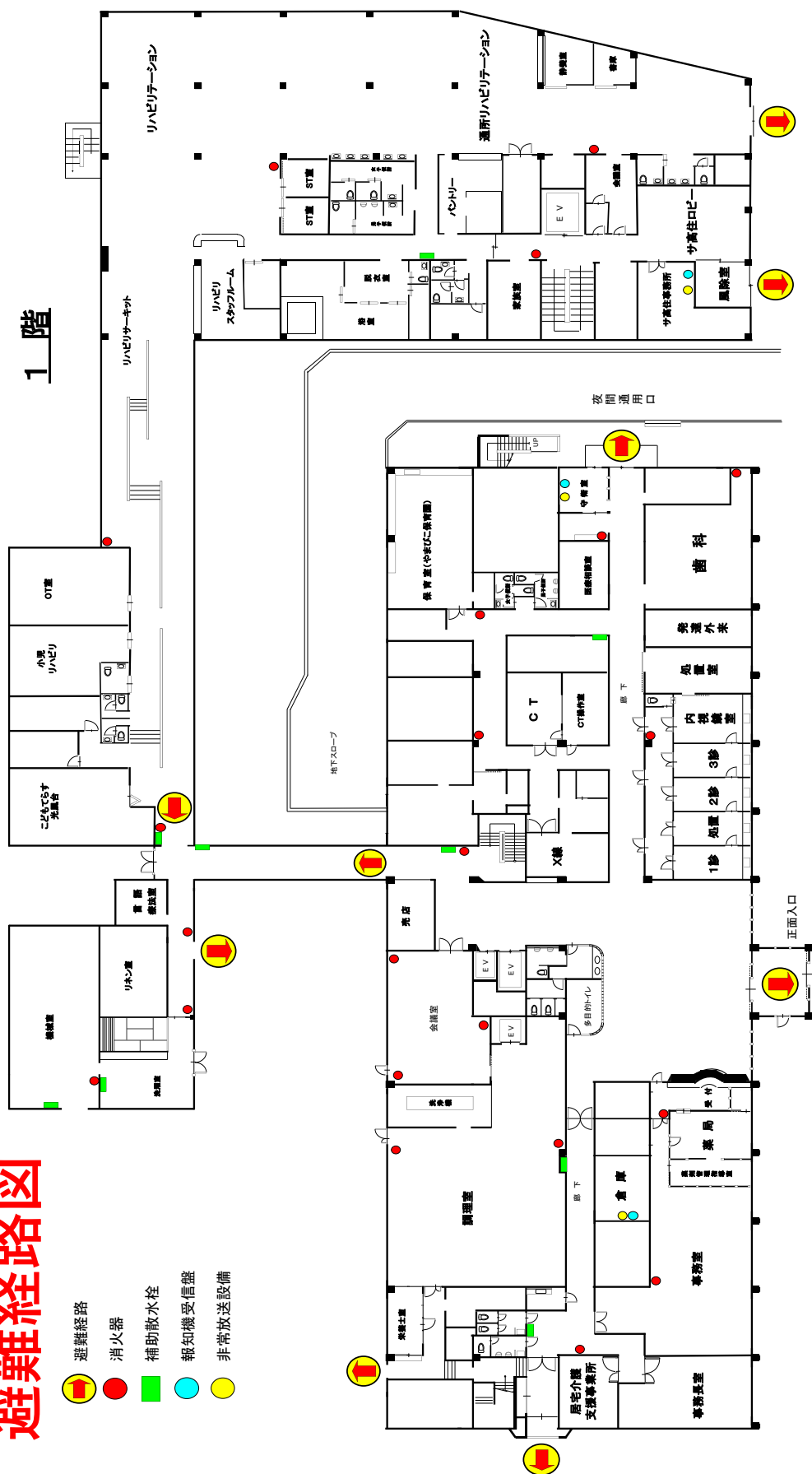
1. 火災の予防

- ・当院は敷地内禁煙となっておりますので、お煙草はご遠慮ください。
- ・その他、病室内で火気があるものは使用しないでください。

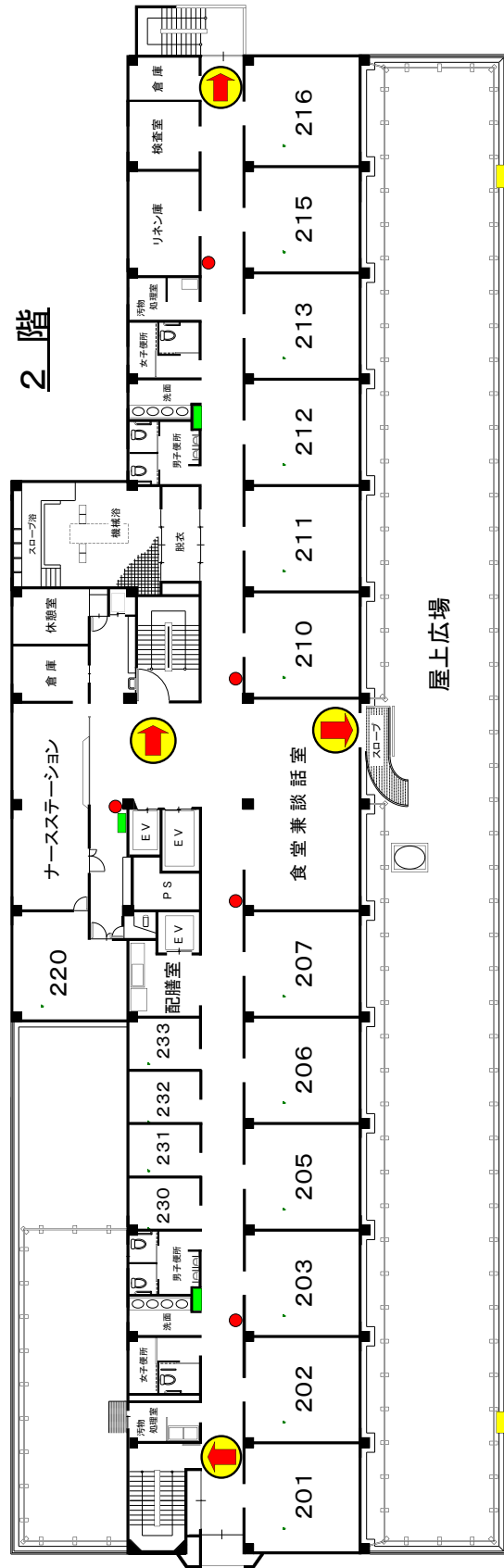
2. 避難誘導

- ・万一、火災及び地震、風水害等による災害が発生した場合は、冷静に看護師及び職員の指示に従ってください。
- ・避難口及び避難階段は、次のページのとおり設置されていますので日頃から確認しておいてください。
- ・あなたが入院されている病棟より下で火災が発生した場合は、直ちに看護師等職員が避難誘導いたします。冷静に行動して職員の指示に従ってください。
- ・避難する場合エレベーターは絶対に使用しないでください。
- ・あなたが入院されている病棟より上の階で火災が発生した場合は、すぐには延焼の危険はありませんので、落ち着いて看護師等職員の指示をお待ちください。
- ・避難する場合は荷物など持たず、身軽になって避難してください。
- ・避難する場合は背を低くして、できるだけ煙を吸わないようにタオルかハンカチなどで口と鼻を抑えて避難してください。
- ・避難用シューターやスローダウンなどの避難器具は、職員の指示があるまで使用しないでください。
- ・担送、護送の方（自力で避難できない方）は職員の指示に従って落ち着いて避難してください。

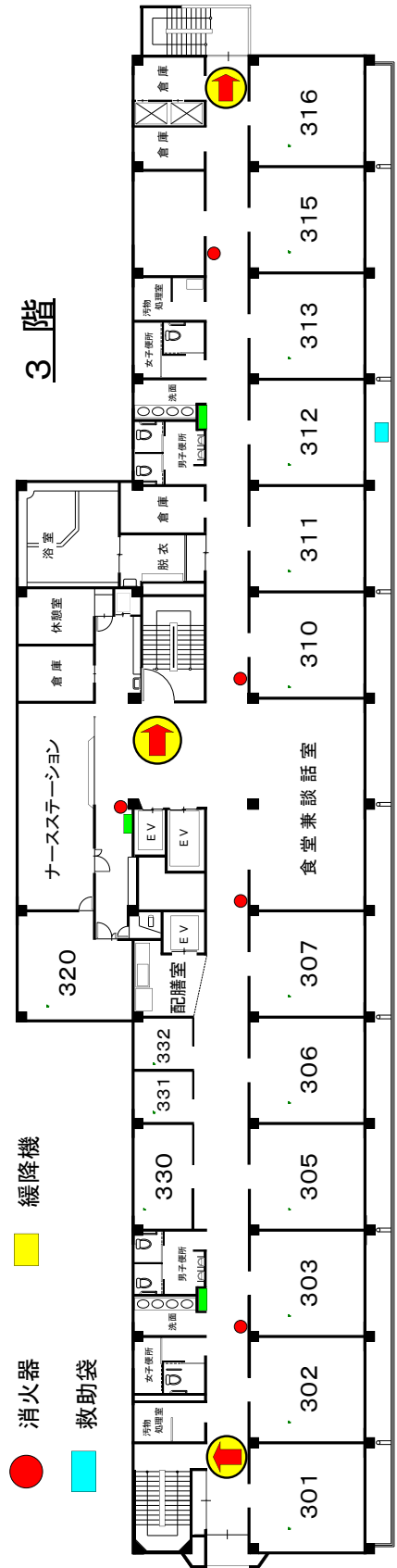
圖路經難避



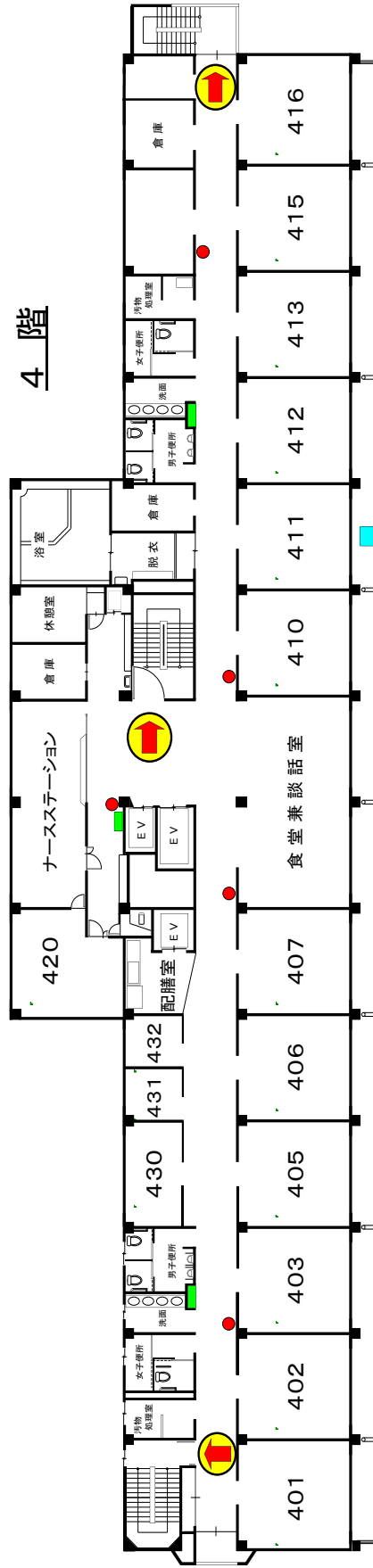
避難経路図



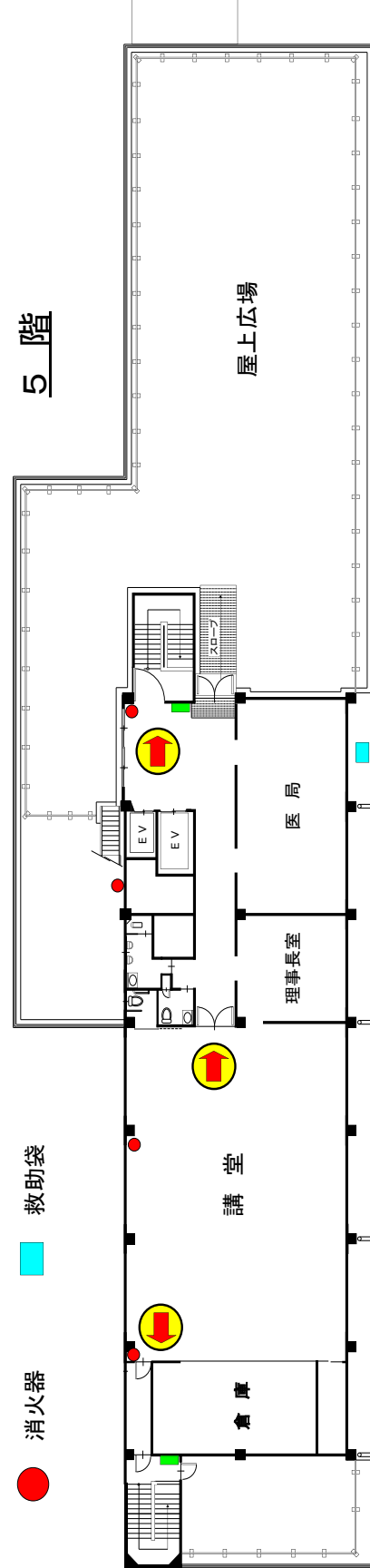
- 避難経路
- 補助散水栓
- 消火器
- 緩降機
- 救助袋



避難経路図



- 避難経路
- 補助散水栓
- 消火器
- 救助袋



入院病棟のご案内

2 階病棟	一般病棟（46 床）
3 階病棟	療養病棟（50 床） ※慢性期の患者様で引き続き医療が必要な方が入院できます。
4 階病棟	障害者等一般病棟（54 床） ※神経難病や意識障害のある方などを主に、その他治療が必要な方が入院できます。



当院は医療福祉相談室を設置しております。
入院中の療養生活のことや退院に関すること、
その他様々なお困りごとのご相談を受け付けております。
秘密厳守いたします。どうぞご安心してご相談ください。

医療福祉相談室 をご利用ください♪

医療ソーシャルワーカー

折原 重光
竹下 かおり
井上 由莉
原 貴仙



記入日： 年 月 日

入院誓約書 兼 支払保証書

医療法人 恵会 光風台病院

病院長 戸川 恵 殿

この度、貴院に入院することについては、貴院の諸規則、ご指示はもとより下記のことを厳守いたします。当該患者の身元に関するすべての事項について連帯保証人の責任において引き受け、万一履行できないときは、貴院に迷惑をおかけしないこと連帯保証人と連署のうえ、誓約いたします。また、患者の入院治療に係る医療費、その他の料金、入院中に施設管理物品の棄損が発生した場合の弁済金に対する請求は、連帯保証人が患者と連帯して債務の履行を負います。ただし、今回の入院で債務を追う極度額は30万円を上限(下記の※の欄に別途金額の記載がある場合はその額)とします。

患者の適切な医療サービスを提供する目的のために当該医療機関等において通常必要と考えられる個人情報の利用を同意いたします。

1. 診療については、一切をお任せします。
2. 入院料・その他諸費用は、退院日または指定の期日までに支払います。
3. 施設内の居室や設備・器具は、本来の用途に従って利用します。
故意または過失により貴院に損害が生じた場合は弁償いたします。
4. 他の患者様や病院職員に迷惑となる行為はいたしません。
5. 万が一、療養態度について規則及び医事に反した行為等で退院を命ぜられた場合は、指定の期日以内に連帯保証人の責任において退院させます。

※(極度額 万円)

入 院 者	フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	明 大 昭 平
	氏 名	印			年 月 日 (才)
	住 所	〒 自宅 () 携帯 ()			
	勤務先	電話 ()			
(請求書郵送先) 連帯保証人	フリガナ		続 柄	連 絡 先	
	氏 名	印		自宅 () 携帯 ()	
	住 所	〒			
	勤務先	電話 ()			
連帯保証人	フリガナ		続 柄	連 絡 先	
	氏 名	印		自宅 () 携帯 ()	
	住 所	〒			
	勤務先	電話 ()			

確認事項

1. 入院履歴

- ・過去3ヶ月以内の入院歴をお知らせください 有 ・ 無
- ・上記で有の場合、退院証明はありますか 有 ・ 無
- ・入院歴が有り、退院証明がない場合はご記入して下さい

医療機関名	傷病名	入院期間					
		年	月	日～	年	月	日
		年	月	日～	年	月	日

医療機関名・傷病名・入院期間について、申告内容通り相違ありません。

尚、虚偽の申告等を行った場合は、それに発生する損失について、後日費用の徴収が行われても異存なく支払いに応じます。

2. 限度額適応認定書、標準負担額減額証明書

オンライン資格確認による限度額適応認定書・標準負担額減額認定書、標準負担額認定情報を当院に提供することに同意しますか	☐ ①同意する ☐ ②同意しない
--	--

- ・限度額適応認定書、標準負担額減額証明書を申請しなくても同意があれば当院で確認ができます。
- ・インフルエンザ接種時には、接種者本人または世帯主の介護保険負担限度額認定証の写し、接種者本人または世帯主の後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の写しが必要となります。

保険外費用の負担に関する同意書兼申込書

当院では、健康保険法の療養費用に該当しない上記の保険外費用について、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。

医療法人 恵会 光風台病院
病院長 殿

保険外費用の項目について、その使用量及び利用回数に応じた自費負担に同意・申し込みたいです。

院内売店 今村商店 御中

【申し込項目】

	紙オムツ		ねまき
	入浴セット		つなぎ
	私物洗濯		

※ 申込商品の空欄に○を付けて下さい。

申し込み件数

記入日 年 月 日

患者氏名 _____

代筆者氏名（続柄） _____（ ）

（患者本人が記入できない場合）

オムツ、日用品類等（税込）

リフレはくパンツスリム S	22 枚入	3,080 円	リフレパッドスーパー	30 枚入	3,300 円
リフレはくパンツスリム M	20 枚入	2,800 円	リフレビートキャッチパッドウルトラ	28 枚入	3,920 円
リフレはくパンツスリム L	18 枚入	2,520 円	リフレ便利なワイドシートお徳用パック	46 枚入	5,060 円
リフレスマートフィットテープ 止め S	22 枚入	3,080 円	介護用シート吸水タイプ	30 枚入	4,500 円
リフレスマートフィットテープ 止め M	20 枚入	2,800 円	入浴セット	1 回	330 円
リフレスマートフィットテープ 止め L	17 枚入	2,380 円	ねまき	1 日	110 円
簡単テープ 止め S	34 枚入	4,760 円	つなぎ	1 日	165 円
簡単テープ 止め小さめ M	32 枚入	4,480 円	エンゼルケア	1 件	2,500 円
簡単テープ 止め小さめ L	26 枚入	3,640 円	浴衣	1 枚	3,850 円
リフレパッドレギュラー	30 枚入	1,350 円			

歯科（税込）

口腔用ウェットティッシュ	60 枚入	420 円	口腔用保湿ジェル	40 g	530 円
口腔ケア用スポンジ	10 本入	660 円	モーニン歯ブラシ	1 本	120 円

洗濯料金（税込）

シャツ	1 6 5 円／枚	パンツ	1 1 0 円／枚
タオル	1 1 0 円／枚	バスタオル	2 2 0 円／枚
靴下	1 1 0 円／組	パジャマ上下	3 3 0 円／枚
ミトン	1 1 0 円／枚		

診断書・証明書等（税込）

生命保険会社用診断書	複雑	7,700 円	特別児童扶養手当等診断書	6,600 円
	簡単	5,500 円	司法関係診断書	7,700 円
普通診断書		3,300 円	ホーム入所診断書	4,400 円
厚生年金・国民年金診断書		11,000 円	特定疾患更新用診断書	3,300 円
原爆健康管理手当診断書		11,000 円	オムツ使用証明書	1,100 円
原爆介護手当診断書		4,400 円	医療費明細証明書	550 円
身体障害者手帳申請診断書		6,600 円	通院証明書	1,100 円
身体障害者福祉手当認定診断書		6,600 円	死亡診断書	6,600 円

※病院及び売店（今村商店）からの請求となります。

入院なさる患者様へ

当院は院内に歯科を開設しており、入院中の皆さまに安心して歯科治療を受けていただくことができます。

服薬やストレスにより、口腔内の乾燥がひどくなる患者さまがたくさんいらっしゃいますが、口が乾く『ドライマウス』は唾液の減少により、お口の中の衛生状態を悪くし、虫歯や歯周病の原因のひとつとなってしまいます。

また、唾液の持っている自浄作用が失われ、通常よりも肺炎やインフルエンザなどの細菌に感染しやすくなったり、ご高齢の方は食べ物を飲み込む能力が低下する『嚥下障害』から重篤な病気になってしまうこともあります。

当院では、主治医との連携で歯科医師や歯科衛生士が病棟へ伺い、口腔管理ケアや義歯の調整をさせていただいており、ご自分で食べる機能を維持・回復していただけるよう努めております。定期検診のご要望にもお応えしております。

ご入院の際に歯科治療のご要望を伺っておりますので、下記ご記入をお願いいたします。

※マイナンバーカードを利用される患者様は、歯科窓口で提示をお願いします。

医療法人恵会 光風台病院
歯科医師 中島 経子

虫歯の治療や専門的口腔管理ケアを

・希望する

・希望しない

理由：

患者さま氏名：