



私達の医療・介護は「<sup>からだ</sup>身体<sup>こころ</sup>の自立」・「精神の自由」を通して、  
生きる素晴らしさを実感していただくことから始めます。

# 入院のご案内

## 回復期リハビリテーション病棟


 **★ 静清リハビリテーション病院**  
〒420-0823 静岡市葵区春日2丁目12-25  
TEL.054-653-5858 FAX.054-653-5859  
<http://www.seiseiriha.com>  
E-mail [seiseiriha@seiseiriha.com](mailto:seiseiriha@seiseiriha.com)

■診療科目／脳神経外科・整形外科・神経内科  
内科・リハビリテーション科

 **★ 静岡リウマチ整形外科リハビリ病院**  
〒420-0821 静岡市葵区柚木90-1  
TEL.054-267-1000 FAX.054-267-1002  
<http://www.shizuoka-riumachi.com>  
E-mail [srhp-kanrisitu@mbd.nifty.com](mailto:srhp-kanrisitu@mbd.nifty.com)

■診療科目／リウマチ科・整形外科・スポーツ整形外科  
内科(膠原病)・麻酔科・リハビリテーション科



 医療法人社団 アール・アンド・オー  
〒420-0823  
静岡市葵区春日2丁目12-25 2F  
TEL.054-653-2333 FAX.054-653-2334  
<http://www.r-and-o.jp>

入院に関するご相談は  
R&O 地域医療・介護 ネットワーク室コールセンター  
TEL.054-275-2755 (受付時間) 9:00~18:00(平日)

 R&Oリハビリ病院グループ

 静清リハビリテーション病院

 静岡リウマチ整形外科リハビリ病院・回復期リハビリテーション病棟

患者様への  
お願い

当院は患者様との信頼関係を構築し、患者様と協力して良い医療を提供することを目指しています。そのため次の点について、ご理解いただきますようお願いいたします。

- 患者様の基本情報および症状は、明確にお伝えください。
- 当院からの説明に不明な点がありましたら、ご納得いただけるまで遠慮なくお問い合わせください。
- 入院中はお知らせしている病院の規則をお守りください。
- 入院患者様ご自身および他の患者様の診療に支障をきたす場合は、入院を継続していただくことが出来なくなります。

入院までの  
流れ

## 入院申込

現在、入院中の病院で担当されている医療相談員の方へご相談ください。

病院見学  
入院日決定  
入院準備

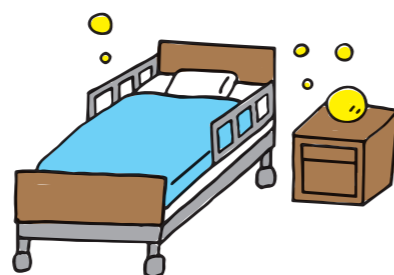
医師からの診療情報提供やご家族からの聞き取り内容等をもとに、患者様の入院前情報を作成し、医師をはじめとする医療専門職チームが責任を持って、医療および介護におけるリハビリテーションの実施ができる状態かどうかを判断します。入院前に院内見学の希望がある方は、お問い合わせの上ご来院ください。

(見学可能日時：平日 9:00 から 17:00)

## 入院当日

入院当日は必ずご家族の付き添いにて来院いただけるようお願いしております。都合によりご家族の付き添い難しい時は、事前に現在入院中の病院にご相談ください。

入院時、受付にて各種書類等の提出をお願いします。移動補助具や車椅子は当院にて準備しております。

入院当日  
手続き  
必要書類

以下のものをお持ちになり、入院受付日時にお越しください。  
入院前に手続きに必要な書類をチェック  してください。

- 診察券(お持ちの方)
- 印鑑(認印)
- 健康保険証(国保・社保など)・介護保険者証・後期高齢者医療被保険者証
- (各種医療証) 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証・限度額適用認定証(70歳未満の方)
- 退院証明書(過去3ヶ月間に当院以外で入院経験がある場合)
- 重度心身障害医療費助成金受給者証
- 母子家庭等医療費助成金受給者証
- 子ども医療費受給者証
- 入院承諾書(提出用)
- 入院申込書(提出用)未提出の方のみ
- 料金同意書(提出用)
- 服薬中のお薬・お薬手帳(現在お薬をお飲みの方・P07参照)
- 入院保証金 10万円

現在  
ご入院中の  
病院で用意  
されるもの

転院時に受け取り、そのまま当院までご持参ください。

退院証明書、看護サマリー・リハビリサマリーなどの書類  
お薬(現在処方されている薬を全てお持ちください)、写真類(レントゲンなど)

ご本人様の  
持ち物

入院前に持ち物チェック  してください。

- 私服(動きやすい格好)…3~4組(ご家族にて洗濯)
- 下着類(肌着、下着、靴下など)…5~6組(病院にて洗濯)
- 靴…スリッパなどは転倒防止の為ご遠慮ください。
- 紙袋またはビニール袋…1~2枚。洗濯物を入れさせていただきます。



## 《注意事項》

- 紛失防止の為、衣類及び下着等のお持ち物には必ず全てにフルネームをご記入ください。
- 衛生面・紛失防止の為上記以外のお持ち物に関しては病棟での確認が必要となります。
- 貴金属類・多額の現金等は盗難防止のためご持参いただかないようお願いします。
- おむつ類につきましては、当院ご入院時より当院のおむつ類をご使用いただきます。つきましては当院入院中にご持参いただく必要はありません。

## 入院時のご案内



### 院内の設備について

#### 【衣類について】

夜間は病衣(当院から貸与)でお過ごしいただきますが、日中は普段着に着替えてリハビリやお食事をしていただいております。入院時に、ご自宅で着用していた普段着を一週間分程度ご用意ください(動きやすい服装であれば可)。

- 病衣の貸与については、料金同意書に記載がありますのでご確認ください。

#### 【お洗濯物について】

- 病衣、肌着、下着、靴下の洗濯は当院で行います。洗濯物入れ(紙袋やビニール袋)をご用意ください。
- 私服(下着類以外)の洗濯はご家庭でお願いいたします。定期的に回収をお願いいたします。
- クリーニング業者(有料)に洗濯を希望される方は、スタッフまでお申し出ください。

※名前の記入のない私物の紛失につきましては当院での責任は負いかねます。

#### 【入浴】

入浴は週に2回以上となります。

#### 【テレビ・冷蔵庫】

テレビをご視聴の際は、同室患者様のご迷惑にならないようイヤホンをご使用ください。

冷蔵庫のご利用の際は、飲み残し・食べ残し、また賞味期限切れの食べ物等が無いように、随時、確認をお願いいたします。

利用料については、料金同意書に記載がありますのでご確認ください。

#### 【理髪サービス】

入院中に理美容師による理髪サービス(予約制、有料)をご利用いただけます。ご希望の方は、病棟スタッフまでお申し出ください。

#### 【公衆電話】

利用時間は、起床～消灯時間内とさせていただきます。

- リウマチ整形外科リハビリ病院：1階ロビー、2階エレベーター前
- 静清リハビリテーション病院：1階夜間通用口前

#### 【喫煙について】

終日敷地内全面禁煙となっております。

#### 【お忘れ物・落とし物】

患者様・ご家族・面会者様の当院内でのお忘れ物・落とし物等は、当院の把握から一ヶ月間が保管期間となります。保管場所は1階受付となっております。なお、期間内にお受け取りの申し出がない場合は、当院にて処分させていただきますことをご了承ください。

#### 【アロマハンドマッサージ(無料)】

入院中にアロマハンドマッサージサービス(無料)を利用いただけます。(患者様対象)

### 入院中のお食事について

- 病院の食事は、それぞれの症状に見合った医師の指示による治療食です。美味しく召し上がっていただくために、管理栄養士が四季を通して旬のものをとりいれた献立になるよう努めています。
- 一般食の他に、腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、検査食等、症状に合わせた特別な食事をご用意いたします。特別食や検査の方は病院の食事以外のものは召し上がらないようお願いいたします。
- 診療上、必要により食事を控えていただくことや、遅らせていただくことがあります。その際は看護師から前もって説明をいたします。
- 出前など外部への食べ物の注文は、お断りいたします。
- 食中毒防止のため、提供されたお食事は早めにお召し上がりください。又、持ち込み食についても、冷蔵庫に保管するなど十分にご注意ください。
- お食事は盛り付け次第、随時病棟へお運びしております。病棟により配膳時間が若干異なります。ご了承ください。

#### 【栄養食事指導】

食事療法が必要な方には、担当医師の指示により管理栄養士が栄養食事指導をさせていただきます。また、医師により指示がない場合でも、退院後のお食事についてご相談を受け付けております。担当医師、または看護師へご連絡ください。

#### 【多職種による栄養管理】

当院では、多職種による栄養管理サポートチーム(NST)で栄養管理を行なっています。

お食事のことでお困りのことがありましたらご相談ください。

現金・貴重品について

【貴重品について】

貴重品に関しては盗難防止の為、原則お持ちいただかないようお願いします。お持ちいただく場合は患者様ご本人様の自己管理となります。

【セーフティーボックス】

床頭台(一部ロッカー内)には、鍵のかかる引き出し(セーフティーボックス)がついております。入院中の患者様には鍵の貸し出しを行っております。

注意事項

【退院日】

退院日につきましては、当院担当医師又は、看護師長および、担当の入退院コンシェルジュより通知いたします。

【お部屋またはベッドの移動】

患者様の状態や状況により、お部屋またはベッドの移動をしていただく場合があります。移動についてのご説明が事後になることがあります。

【入院中の行動について】

入院中、他の患者様へご迷惑となる行為や行動(不穏状態・大声・徘徊など)が著しい場合や自傷行為、当院の規則に反する行為や療養上問題があると判断した場合、入院を継続することができません。退院していただくこととなりますのでご了承ください。

【家電製品】

家電製品(携帯電話等を除く)のお持ち込みは原則禁止としておりますが、やむを得ない事由等の場合はスタッフまでご相談ください。携帯電話の使用は他の患者様のご迷惑にならないようお願いします。使用時間・使用場所等は当院指定とさせていただきます。

※当院施設内のコンセント使用は原則禁止しております。但し、携帯電話の充電および電気カミソリの使用は可能です。

【外出・外泊について】

入院中の外出・外泊については外出・外泊の目的と時間を届出書に記載し、主治医の許可を得る必要があります。原則1泊2日となります。外出・外泊の出発時間は9:00以降とし、帰院時間は20:00までとなります。時間外になる場合は、事前に病棟看護師にご相談とご連絡をお願いします。

外出・外泊のため欠食される際は、下記時間までにスタッフステーションにご連絡いただき手続きをお願いします。

〈欠食締め切り時間〉

朝食 前日14:00まで 昼食 前日15:00まで 夕食 当日11:00まで

【入院中の他病院への受診について】

入院期間中、総合病院やかかりつけ診療所への受診については、原則、当院入院中に担当する主治医が必要と認めるもののみとします。ご希望ある場合は、まず病棟看護師または医師にご相談ください。診療情報提供者や受診時の必要書類等の準備もありますので、1週間前までにお申し出ください。また、ご家族の方が他病院へ薬を取りに行く等の理由で行かれる場合でも同様となります。

プライバシーについて

病室は十分な広さを確保しており、カーテンで個人のプライバシーが保てる環境になっております。食堂・談話室にて面会をご希望の場合は、病棟スタッフにご相談ください。

リハビリテーションについて

「回復期リハビリテーション病棟」では、急性期の治療を終え、自宅や社会に戻ってからの生活を元の状態に近づけるためのリハビリテーションを専門に行います。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は患者様の回復を第一に考え、安全面に十分配慮し実施しています。入院中に発生する症状に関しては主治医や専門医による診察にて診断し、治療方針等を見直していきます。気になる点があれば、お知らせください。

個人情報の取り扱いについて

患者様に安心して医療サービスを受けていただくため、安全な医療を提供するとともに、個人情報の正確性と重要性を十分認識し、適切な取り扱いを行っております。患者様の個人情報の開示・訂正・利用停止などにつきましても、関係する法令及び条例等の規定に従って取り組んでおります。尚、患者様の個人情報を一定の目的で利用させていただくことがあります。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、改めて患者様より同意書をいただくことにしております。

●個人情報の院内利用例

- ① 外来時・会計時などのお名前呼び出し
- ② 入院病棟での部屋別およびベッド別のお名前の掲示
- ③ リハビリに関わる個別予定表・ADL表・自主トレーニング表・ポジショニング(写真を添付する場合があります)等の掲示

●患者様の個人情報の利用目的

1. 院内での利用

- ① 患者様に提供する医療サービス
- ② 医療保険事務
- ③ 入退院等の病棟管理
- ④ 会計・経理
- ⑤ 医療事故等の報告
- ⑥ 患者様への医療サービス向上
- ⑦ 医療の質の向上を目的とした院内症例研究
- ⑧ その他患者様に係る管理運営業務(患者様の呼び出し、お見舞い客案内等、食事食札等)

2. 院外への情報提供としての利用

- ① 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
- ② 他の医療機関等からの照会への回答
- ③ 患者様の診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④ 検体検査業務・食事等の業務委託
- ⑤ ご家族等への病状説明
- ⑥ 医療保険事務の委託
- ⑦ 審査支払機関へのレセプトの提供
- ⑧ 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ⑨ 事業者等から委託を受けた健康診断に係る、事業者等へのその結果の通知
- ⑩ 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
- ⑪ その他、患者様への医療保険事務に関する利用
- ⑫ 医療の質の向上を目的とした院外症例研究
- ⑬ 法令に基づく官公署等からの照会への回答
- ⑭ 外部監査機関への情報提供
- ⑮ 患者様の外部医療機関での問診・診療(当院への訪問診療含む)等に係る照会

3. その他の利用

- ① 医療・介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- ② 臨床研究のためのデータ収集
- ③ 医師や看護師、その他の医療従事者の教育や臨床研修

お名前の表示  
について

【病室入口及びベッドネーム表示、リストバンド装着のお願い】

安全な医療を提供するため、病室入口及びベッドに患者様のお名前を表示しています。また、本人様確認のため入院中はリストバンドを装着いただきます。不都合な場合には、看護師にご相談ください。

お薬を  
お飲みの方へ

現在服用されているお薬や外用薬の内容が分かる下記のものをお薬と一緒に入院時にお持ちください。

お薬手帳

病院や薬局での  
お薬の名前・飲み方・  
使用方法などが記載された  
専用の手帳。

薬の説明書

お薬の名前・用法・  
薬効などが記載された、  
病院や調剤薬局から  
提供される用紙。

内服薬に  
ついての  
お願い

入院中の薬剤管理のため入院時に普段服用している、かかりつけ医からの処方薬、市販薬、サプリメントを含むお薬と、その内容がわかるお薬手帳ならび薬の説明書を持参してください。一度すべてのお薬をお預かりし、主治医、薬剤師に確認をします。

入院中のお薬の処方については当院主治医の指示のもと行います。処方の際、当院で扱っていない薬については類似薬に切り替わることがあります。その際、容量要法が変わることがありますのでご了承ください。

専門的治療を要するための受診や処方に関しては、他病院への受診をしていただく場合があります。

※当院入院中に他病院にてお薬を処方してもらう際は、当院主治医の情報提供書が必要となります。(参照:5ページ注意事項「入院中の他病院への受診について」)



防犯・  
災害時に  
ついて

- 貴重品は自己管理となります。
- 緊急避難の注意事項  
避難場所は、病院駐車場です。  
火災発生時には、火災報知機が作動し、ベルが鳴ります。  
非常放送にて火災発生場所・避難経路の指示があります。  
職員の指示に従い、速やかに行動してください。  
避難の際には、エレベーターの使用は控えてください。  
避難後人員の確認をしますので、絶対に家に帰らないようお願いいたします。

お見舞い・  
ご面会に  
について

- 患者様の治療と安静のため面会時間を定めております。  
面会：10:00～20:00
- 多人数・長時間のお見舞いをご遠慮ください。
- 患者様の病状や診療の都合によりお見舞い・ご面会をお断りする場合があります。ご理解ご協力をお願いします。

ご家族の  
付き添い

原則、入院中にご家族の付き添いは必要ありません。ただ、病状やその他の事情によりご家族の付き添いをお願いする場合があります。予めご承知おきください。

駐車場

病院に駐車場は完備しておりますが、外来患者様、お見舞いご面会者様用となっております。入院期間中の駐車はご遠慮ください。

謝礼の  
お断り

当院に入院するにあたり、謝礼等はお受け取りできません。お気遣いのないようお願い申し上げます。

補足事項

静岡リウマチ整形外科リハビリ病院

- テレビ、冷蔵庫はプリペイドカード(1,000円/枚)の使用となります。病棟に自動販売機を設置してありますので、そちらでお買い求めください。カードの残数は退院時に1階受付(医事課)に提示いただきますと、精算いたします。  
2階病棟と3階病棟で使用するプリペイドカードは種類が異なります。病棟移動の際はご注意ください。(例:3階で使っていたプリペイドカードは2階では使用できない)  
3階のプリペイドカードはテレビ・冷蔵庫に加え、5階コインランドリーで使用できます。
- 3階屋上ガーデンのご利用について  
利用時間: 9:00 ~ 20:30迄  
※業務の都合上、開場時間が変更することがございます。  
雨天時は転倒事故防止のためご利用はお控えください。
- 5階食堂に給茶器(無料)、自動販売機(有料)がございます。

静岡リハビリテーション病院

3階におなかま食堂がございます。お見舞い・ご面会の方もご利用いただけますが、職員食堂としておりますので、時間帯により混雑します。ご理解いただけますようお願いいたします。

【相談窓口・要望及び苦情の相談】

当院には支援相談の専門として入退院コンシェルジュまたは病棟看護師長が勤務しています。お気軽にご相談ください。

ご要望や苦情などは、各病棟看護師長および入退院コンシェルジュにお寄せいただければ速やかに対応します。その他各病棟に備え付けられた「ご意見箱」をご利用ください。

[相談受付]

地域医療ネットワーク室

TEL.054-275-2755 平日9:00~18:00

入院保証金  
について

入院当日に1階窓口にて所定の保証金をお預かりさせていただきます。受領後「入院保証金預書」をお渡ししますので、退院まで大切に保管してください。尚、退院会計時に「入院保証金預書」と引き換えにご返金いたします。

- 保証金 10万円

【入院中】

毎月15日に前月の入院費のご案内を送付いたします。  
内容を確認後、銀行振込みにて入院費を当日25日までにお支払いください。  
事前にお申し出がなく、入院費を滞納されたときは、連帯保証人の方に請求しお支払いいただくこと当日になります。

【退院時】

1階受付窓口にて、キャッシュカード 又は クレジットカードで入院費をお支払いください。事情により現金でのお支払いをご希望の際は、事前にお申し付けください。  
領収書・診療明細書が発行されます。  
保証金は退院時に現金にてご返金いたします。

※請求書がご用意出来次第ご連絡いたします。

【退院時の会計時 クレジットカードのご利用ができます】

- 取扱いカード / JCB・VISA・Master・MUFJニコス(J-Debitの利用可能)

【その他】

退院会計後、病棟スタッフステーションで診察券、その他必要書類をお渡しします。

お支払いについてご相談のある方は下記にお問い合わせください。

【お問い合わせ】

静岡リハビリテーション病院 受付

TEL.054-653-5858 平日9:00~18:00

静岡リウマチ整形外科リハビリ病院 受付

TEL.054-267-1000 平日9:00~18:00



料金  
について

○保険内負担

限度額適用認定証があると、高額医療費制度の自己負担限度額までのお支払いになります。すでに認定証をお持ちの方は必ずご提示ください。

〈70歳未満の方〉

対象者	自己負担限度額(月額)	多数該当
限度額区分(ア) 年収約1,160万円以上	252,600円+ (医療費-842,000円)×1%	140,100円
限度額区分(イ) 年収約770万円~1,160万円	167,400円+ (医療費-558,000円)×1%	93,000円
限度額区分(ウ) 年収約370万円~770万円	80,100円+ (医療費-267,000円)×1%	44,400円
限度額区分(エ) 年収約370万円以下	57,600円	
限度額区分(オ) 住民税非課税	35,400円	24,600円

〈70歳以上の方〉

対象者	自己負担限度額(月額)	多数該当
3割 現役並所得Ⅲ (年収約1,160万円)	252,600円+ (医療費-842,000円)×1%	140,100円
	167,400円+ (医療費-558,000円)×1%	93,000円
	80,100円+ (医療費-267,000円)×1%	44,400円
1割/2割 一般 (年収約156万円~370万円)	57,600円	44,400円
	低所得者Ⅱ	24,600円
	低所得者Ⅰ	15,000円

〈入院時の食事に係る標準負担額〉

70歳未満	70歳以上	標準負担額(1食当たり)
所得区分 (ア)(イ)(ウ)(エ)	3割、 1割・2割(一般)	460円 例外: 指定難病患者・ 小児慢性特定疾患疾病児童等 260円
所得区分(オ)	低所得者Ⅱ	90日目までの入院 210円
		90日目までの入院 160円
該当なし	低所得者Ⅰ	100円

※65歳以上の方の場合、光熱水費370円/日(11,100円/月)が掛かる可能性があります。

○自己負担

アメニティセット料金、紙おむつ代、室料差額などは、16ページの「料金同意書」をご参照ください。

回復期リハビリテーション病棟

# 入院時の 提出書類

- 入院申込書 …… 14
- 料金同意書 …… 16
- 入院承諾書 …… 18

ID: \_\_\_\_\_ 記載日: 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
 ※太枠内を黒ペンでご記入ください。(注: 記入例のため赤ペンで記載しています)  
 ★連絡先①または②のうち、緊急時の連絡先にチェック  してください。 記載者: 山田 次郎 (続柄 長男)

患者氏名 住所	フリガナ ヤマダ タロウ 氏名: <b>山田 太郎</b> 様	男 女	生年月日 M・T・S・H <b>10</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日〇〇歳
	住所: 〒 <b>123-4567</b> <b>静岡市葵区〇〇〇〇1-2-3</b>		TEL(自宅) <b>054-123-4567</b> TEL(携帯) <b>090-1234-5678</b> 職業 <b>無職</b>
連絡先① 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ ヤマダ ジロウ 氏名: <b>山田 次郎</b>	(続柄) <b>長男</b>	(年齢) <b>〇〇</b>
	住所: 〒 <b>同上</b>		TEL(自宅) <b>054-123-4567</b> TEL(携帯) <b>090-2345-6789</b> 職業 <b>会社員</b> TEL(勤務先) <b>054-345-6789</b>
連絡先② 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ サトウ ハナヨ 氏名: <b>佐藤 花代</b>	(続柄) <b>長女</b>	(年齢) <b>〇〇</b>
	住所: 〒 <b>234-5678</b> <b>静岡市清水区〇〇〇2-3-4 〇〇〇101号</b>		TEL(自宅) <b>054-234-5678</b> TEL(携帯) <b>090-3456-7890</b> 職業 <b>看護師</b> TEL(勤務先) <b>054-456-7890</b>

●「緊急時の連絡先(メールアドレス)登録」について  
 ご入院手続きの際に詳しい説明をさせていただきますので、当日中にご登録をお願い致します。  
 ● 家族構成を教えてください。

氏名	続柄	同居	氏名	続柄	同居
山田 花子	妻	<input type="radio"/>	佐藤 花代	長女	<input type="radio"/>
山田 次郎	長男	<input type="radio"/>			
山田 一郎	長男の妻	<input type="radio"/>			
山田 愛	孫娘	<input type="radio"/>			

● 今までの病歴				● 入院中にお世話してくれるのはどなたですか?			
発症	病名	病院名(かかりつけ病院は○をつけてください)	定期受診	氏名( ) (続柄: )			
15歳	虫垂炎	県立総合病院	有・無 <input checked="" type="radio"/>				
56歳	心房細動	静岡病院 → <input checked="" type="radio"/> 循環器内科	有・無 <input checked="" type="radio"/>	● アレルギーはありますか? 薬品( ) 食品( <b>サバ、そば、乳製品</b> ) その他(花粉症や喘息など) ( )			
?歳	両目白内障	〇〇眼科	有・無 <input checked="" type="radio"/>	● タバコは吸いますか? はい( 本/日 ) ・ いいえ			
71歳	脳出血	県立総合病院 → <input checked="" type="radio"/> 循環器内科	有・無 <input checked="" type="radio"/>	● お酒は飲みますか? はい( 杯/日 ) ・ いいえ			
歳			有・無	介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / / ・ 調査日 / / ) <input checked="" type="checkbox"/> 要支援(1・2) 要介護( <input checked="" type="radio"/> 1・2・3・4・5 ) 居宅名: <b>〇〇居宅支援事業所</b> ケアマネージャー: <b>鈴木 愛子さん</b> 利用中サービス: <b>デイサービス 週2回</b>			
歳			有・無	当院退院後の方向性 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他(記入例: 〇〇老健施設申込中)			
歳			有・無				

病院・リハビリに対する希望・思い  
**日中一人になるため、  
 トイレに一人でいけるようになりたい。**

部屋希望 <input checked="" type="checkbox"/> 個室	病気・ケガをする前の様子 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )
排泄 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input checked="" type="checkbox"/> その他( <b>夜間のみポータブル</b> )	食事 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
会話 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可	

※ご不明な点がございましたら、アールアンドオー地域医療・介護ネットワーク室 ☎054-275-2755までお問い合わせください。

ID: \_\_\_\_\_ 記載日: 令和 年 月 日  
 ※太枠内を黒ペンでご記入ください。  
 ★連絡先①または②のうち、緊急時の連絡先にチェック  してください。 記載者: \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

患者氏名 住所	フリガナ 氏名: _____ 様	男 女	生年月日 M・T・S・H _____年____月____日____歳
	住所: 〒 _____		TEL(自宅) TEL(携帯) 職業
連絡先① 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ 氏名: _____	(続柄)	(年齢)
	住所: 〒 _____		TEL(自宅) TEL(携帯) 職業 TEL(勤務先)
連絡先② 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ 氏名: _____	(続柄)	(年齢)
	住所: 〒 _____		TEL(自宅) TEL(携帯) 職業 TEL(勤務先)

●「緊急時の連絡先(メールアドレス)登録」について  
 ご入院手続きの際に詳しい説明をさせていただきますので、当日中にご登録をお願い致します。  
 ● 家族構成を教えてください。

氏名	続柄	同居	氏名	続柄	同居

● 今までの病歴				● 入院中にお世話してくれるのはどなたですか?			
発症	病名	病院名(かかりつけ病院は○をつけてください)	定期受診	氏名( ) (続柄: )			
歳			有・無				
歳			有・無	● アレルギーはありますか? 薬品( ) 食品( ) その他(花粉症や喘息など) ( )			
歳			有・無	● タバコは吸いますか? はい( 本/日 ) ・ いいえ			
歳			有・無	● お酒は飲みますか? はい( 杯/日 ) ・ いいえ			
歳			有・無	介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / / ・ 調査日 / / ) <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) 要介護( 1・2・3・4・5 ) 居宅名: _____ ケアマネージャー: _____ 利用中サービス: _____			
歳			有・無	当院退院後の方向性 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他(記入例: 〇〇老健施設申込中)			

病院・リハビリに対する希望・思い

部屋希望 <input type="checkbox"/> 個室	病気・ケガをする前の様子 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )
排泄 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他( )	食事 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
会話 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可	

※ご不明な点がございましたら、アールアンドオー地域医療・介護ネットワーク室 ☎054-275-2755までお問い合わせください。



入院保証金について

- 入院当日に1階窓口にて所定の保証金をお預かりさせていただきます。
- 受領後「入院保証金預証」をお渡ししますので、退院まで大切に保管してください。
- 尚、退院会計時に「入院保証金預書」と引き換えにご返金いたします。

様
重要

**入院保証金預証**

金 100,000円也

上記の金額を入院保証金としてお預かりいたしました。

尚、退院会計時に「入院保証金預証」を回収させていただきます、その後、ご返金となります。

ご返金の際、必ずご提出していただきますので、大切に保管して下さい。

医療法人社団 アールアンドオー  
 静清リハビリテーション病院  
 〒420-0823 静岡市葵区春日2丁目12-25  
 TEL.054-653-5858

R&O 料金同意書

記入例

TV・冷蔵庫	静岡リウマチ整形外科リハビリ病院 静岡リハビリテーション病院：150円/日 <span style="color: green;">[選択制：○で囲む]</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> ・無
--------	---

差額室料 (税抜、1日あたり)

月の途中で変更可能

個室 7,000円、2人部屋 3,500～6,000円(静岡リハビリは 4,000円のみ)、4人部屋 (室料なし)

※患者様の状態・空床状況により、お部屋希望に添えないことがあります。

上記内容に対し、同意承諾いたします。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

患者ご本人様 ● 氏名 **山田 太郎**

出

R&O 料金同意書

提出用

ID: \_\_\_\_\_

日常生活品 (税込、医療保険外/実質分:ご入院生活に必要なサービス・レンタル費用、1ヶ月30日の場合)

	内容	備考
衛生管理費	病衣(パジャマ)	貸与
生活支援費	シャンプー・リンス・石鹸・ティッシュペーパー・洗面コップ・蓋つきコップ 又は 吸い飲み・歯磨きセット(入れ歯の方は洗浄剤とケース)	入院時 及び 必要な都度交換 又は 補充
洗濯費	週2回 及び 汚染時洗濯	貸与パジャマ+ 下着洗濯
サービス品	綿棒・ヘアゴム・ヘアブラシ・鏡・テレビ用イヤホン・レクリエーション費・リハビリ費(材料費)	必要時
<b>28,500円(定額料金 950円/日)</b>		
その他	入浴用タオル・バスタオル・洗顔タオル・フェイスタオルなどをご用意しています。	

その他 実費分 (税込)

オムツ等 (お持込はしていません)	カバータイプ (S) 260円・(M) 270円・(L) 280円、リハビリパンツ (S) 240円・(ML) 250円・(LL) 260円、尿取りパッド 60円～、平オムツ 1枚 160円
その他	理美容代(予約制)、診断書・証明書代など
TV・冷蔵庫	静岡リウマチ整形外科リハビリ病院：プリペイドカード(1,000円/枚)
	静岡リハビリテーション病院：150円/日 <span style="color: green;">[選択制：○で囲む]</span> 有・無

差額室料 (税抜、1日あたり)

月の途中で変更可能

個室 7,000円、2人部屋 3,500～6,000円(静岡リハビリは 4,000円のみ)、4人部屋 (室料なし)

※患者様の状態・空床状況により、お部屋希望に添えないことがあります。

上記内容に対し、同意承諾いたします。

令和 年 月 日

患者ご本人様 ● 氏名

印



# 入院承諾書

記入例

ID: \_\_\_\_\_

令和〇〇年〇〇月〇〇日

病院長殿

入院日を記入

## 〈入院患者〉

本籍地 静岡市駿河区〇〇〇〇2-3-4

現住所 静岡市葵区〇〇〇〇1-2-3

TEL 000-000-0000

(保険証と現住所が相違する際は、現住所をご記入ください)

氏名 山田 太郎



生年月日(明治・大正・昭和・平成・令和)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

この度、貴院に入院するにあたり、次の事項を承諾の上これを履行いたします。

1. 本人及び保証人は、入院心得をよく守り、本人に関する一切のことは保証人において引き受けます。
2. 入院料その他の費用は、本人及び保証人連帯で責任を持ち、ご迷惑をお掛けしません。  
〈債務の担保〉連帯保証人極度額 50万円
3. 貴院より提示された「入院時のご案内」(P03～11)及び付属書類の内容を充分理解し承諾します。
  - 状態により危険防止対策をとることがあります。
  - 患者様の状況や病院の都合でベッドや部屋移動をお願いし、事後の説明となることがあります。
  - 他者への迷惑行為(多床室での夜間大声など)があった場合、入院継続が困難となる場合があります。
4. 貴院の都合により、何時でも保証人を変更または増員することに異議を申し立てることはありません。
5. 入院患者の状態等により貴院から退院の指示があった場合、異議を申し立てず直ちに退院します。

## 〈連帯保証人〉同一世帯以外の成人であること

住所 静岡市葵区〇〇〇〇1-2-3

TEL 000-000-0000



氏名 山田 次郎



[続柄] 長男

認印で可

## 〈入院費の請求書及び領収書の送付先〉

連帯保証人と同住所へ送付の場合は、上記の左にチェックしてください。

別住所に送付する場合は、下記に記入をお願いいたします。

住所

TEL



氏名

印

[続柄]



★ 静岡リハビリテーション病院



★ 静岡リウマチ整形外科リハビリ病院



# 入院承諾書

提出用

ID: \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

病院長殿

## 〈入院患者〉

本籍地

現住所

TEL

(保険証と現住所が相違する際は、現住所をご記入ください)

氏名

印

生年月日(明治・大正・昭和・平成・令和)

年 月 日

この度、貴院に入院するにあたり、次の事項を承諾の上これを履行いたします。

1. 本人及び保証人は、入院心得をよく守り、本人に関する一切のことは保証人において引き受けます。
2. 入院料その他の費用は、本人及び保証人連帯で責任を持ち、ご迷惑をお掛けしません。  
〈債務の担保〉連帯保証人極度額 50万円
3. 貴院より提示された「入院時のご案内」(P03～11)及び付属書類の内容を充分理解し承諾します。
  - 状態により危険防止対策をとることがあります。
  - 患者様の状況や病院の都合でベッドや部屋移動をお願いし、事後の説明となることがあります。
  - 他者への迷惑行為(多床室での夜間大声など)があった場合、入院継続が困難となる場合があります。
4. 貴院の都合により、何時でも保証人を変更または増員することに異議を申し立てることはありません。
5. 入院患者の状態等により貴院から退院の指示があった場合、異議を申し立てず直ちに退院します。

## 〈連帯保証人〉同一世帯以外の成人であること

住所

TEL



氏名

印

[続柄]

## 〈入院費の請求書及び領収書の送付先〉

連帯保証人と同住所へ送付の場合は、上記の左にチェックしてください。

別住所に送付する場合は、下記に記入をお願いいたします。

住所

TEL



氏名

印

[続柄]



★ 静岡リハビリテーション病院



★ 静岡リウマチ整形外科リハビリ病院