

# 入院のご案内



## 診療科目

外科・内科・消化器内外科・脳神経外科・乳腺外科  
整形外科・リウマチ科・リハビリテーション科  
眼科・循環器内科・皮膚科・放射線科  
内分泌内科・糖尿病内科・呼吸器内科・肝臓内科  
心臓血管外科・大腸肛門外科・アレルギー呼吸器科



医療法人 済恵会 須藤病院

## 私たちの約束

私たちは、笑顔で親切な対応を約束します。

私たちは、安全のための規則を守ります。

私たちは、診断治療に全力を尽くします。

私たちは、常に進歩します。

そして一歩前へ行動します。

私たちは、患者様、地域の皆様、

従業員の仲間たち全ての人が、

幸せになることを目指します。

## 須藤病院 看護理念

1. 私たちは、笑顔と挨拶を忘れません。
2. 私たちは、患者様を尊重し、思いやりを持って接します。
3. 私たちは、患者様の安全に努め、安心できる看護を行います。
4. 私たちは、看護師としての責任、責務を果たします。
5. 私たちは、常に学び、  
看護師としての知識、技術、人間性を養う努力をします。

## 入院される皆様へ

平成 17 年 4 月 1 日より、実施されている個人情報保護法案に基づき、次のことをお伺いいたします。

- 病状について説明をする場合、絶対に自分自身だけに限定したい方はお申し出ください。
- 入院時の入院居室の名札などを表示することを絶対にやめて欲しい方はお申し出ください。
- 入院中にお見舞いの方への案内や電話の取次ぎなど、絶対にして欲しくない方はお申し出ください。

なお、次の件をご確認願います。

患者様の生命にかかわる場合、また公衆衛生に多大な影響を与える恐れのある事態では、個人情報保護法案に優先してその対応をとらせていただきますのでご了承ください。

また、当院では今後も個人情報保護のため努力してまいります。患者様の名前の掲示などは、本人確認や医療事故防止のため必要と考えております。

ご異議がなければ、今後も従来通りの入院生活をお送りいただきますので、よろしくお願いいたします。

医療法人 済恵会 須藤病院  
院長 須藤英仁

## 患者様の権利

私たちは患者様を尊重し、より良い医療を親切、安全に行うために、患者様の権利について次のように示しております。

1. 平等で、安全かつ適切な医療を受ける権利
2. 行われる検査および治療について十分な説明と情報を得る権利
3. 行われる検査や治療方法などを自らの意志で決定する権利
4. 納得した治療を受けるために主治医以外の医師から意見を聞く権利
5. 個人の情報やプライバシーについて保護される権利

## 患者様へのお願い

1. ご自身の病気を治すために、診療の内容を理解したうえで  
積極的に診療にご協力ください。
2. ご自身や他の患者様の治療に支障を与えないように  
院内規則をお守りいただきますようお願いいたします。

## 患者様ご家族の皆様へ

当院では入院時より退院後の生活を考え、必要な支援の検討を行っています。

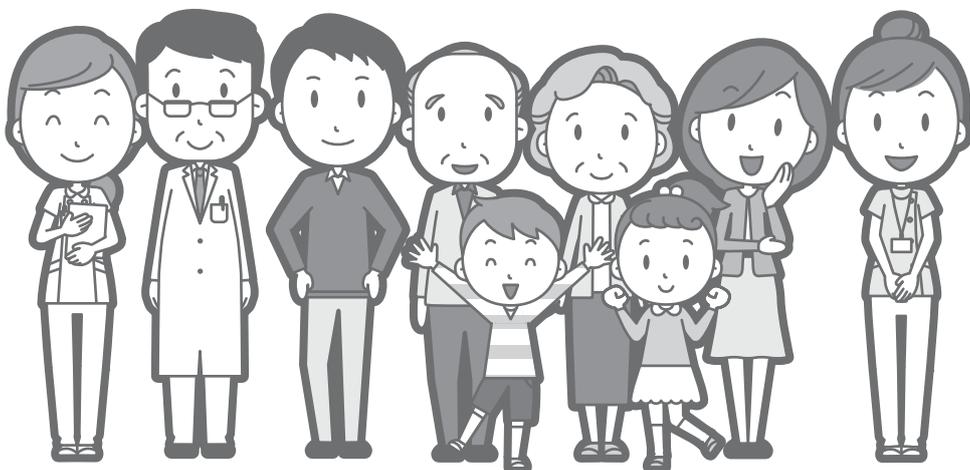
治療を行いながら退院後の生活を考えることで、治療終了後不安なく退院が迎えられと考えます。

安心して退院いただくために、入院後 7 日以内に退院支援担当看護師との面談を行いますのでご協力をお願いいたします。

なお、面談日につきましては、入院後にご家族の方のご都合を伺い担当者へ連絡をしますので、来院の際は必ず受け持ち看護師へ声をかけてください。

また、退院に向けてどんなことでもご質問があれば伺いますので、遠慮なくお申し出ください。

医療法人 済恵会 須藤病院  
看護部



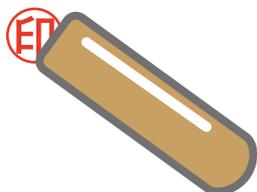
# 入院にあたって

## 入院手続きについて

- ① 医師の診察の結果、入院が決まった方は、職員がご案内します。  
入院予約の方は、当日受付にお申し出ください。
- ② 健康保険証、診察券は入院時に受付にご提出ください。  
なお、入院中は月が変わる毎に病棟事務（3階）に提出してください。

## 入院時にご持参いただくもの

印鑑



保険証・診察券



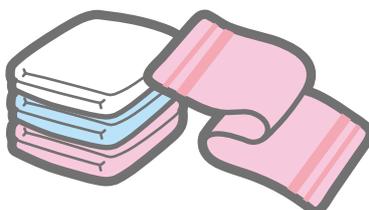
お薬手帳



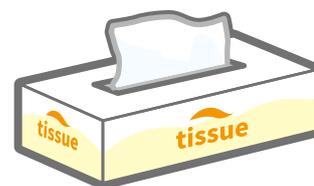
下着類



タオル・バスタオル



ティッシュペーパー



室内履き



(かかとのあるもの  
バレシューズ等)

歯ブラシ等



シャンプー  
リンス  
ボディソープ



義歯・義歯入れ



電気カミソリ  
(男性)



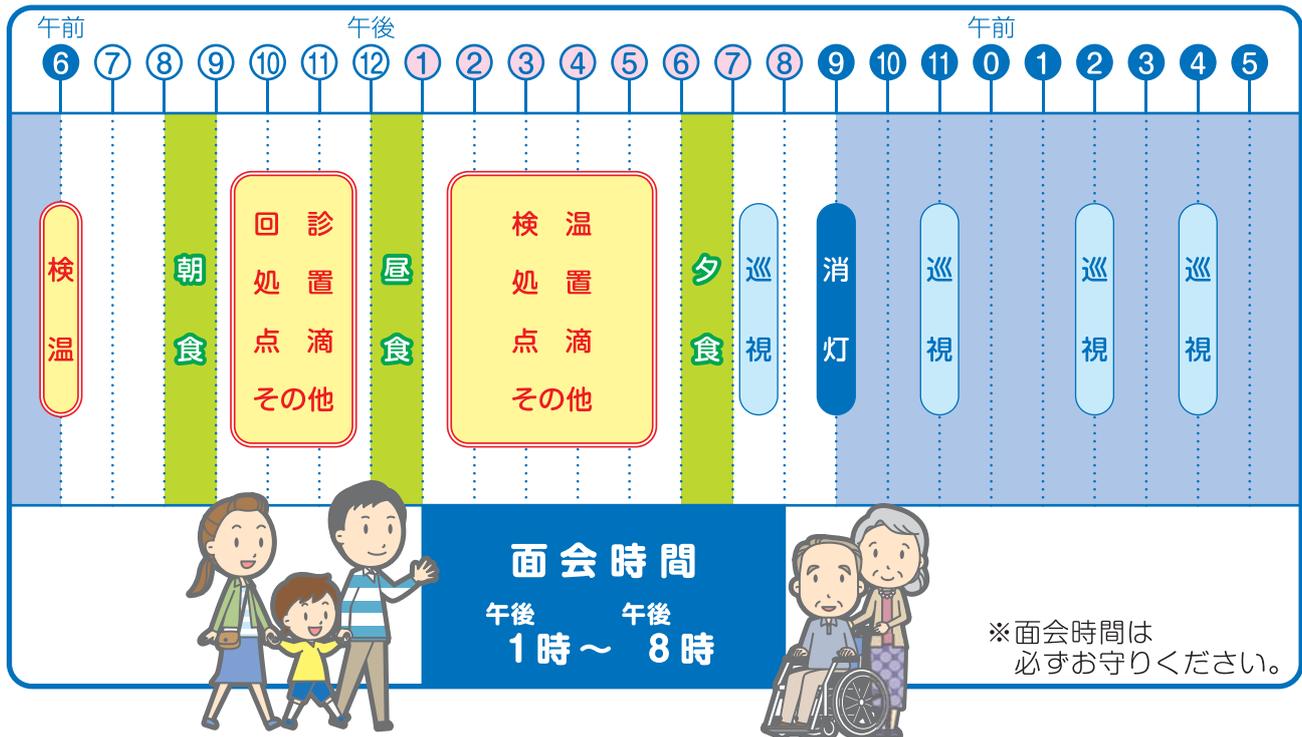
※1日1回、ゴミの回収を行います。  
それ以外でも必要があれば看護師にお申し出ください。  
なお、食堂と自動販売機横にもゴミ箱が設置されております  
のでご利用ください。

\* ナイフ・はさみ等、危険な物の持ち込みはご遠慮ください。

\* お金などの貴重品は最小限にお願いします。

\* 持ち物すべてに油性マジックで名前の記入をお願いします。

# 病院での一日



## 【テレビ】

他の患者さんの迷惑にならないように、イヤホンをご使用ください。

テレビカードは、2階・3階・4階の自動販売機にてお買い求めください。(1枚 1,000円)

## 【食堂】

各病棟に患者様用の食堂があります。

食堂で食べられる方はご利用ください。

## 【公衆電話】

正面玄関横と2階・3階に設置してあります。

## 【洗濯機】

3階にコインランドリーがありますのでご利用ください。

## 患者様の安全のために

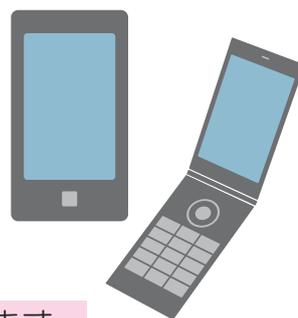
当院では誤注射を予防するため、電子カルテで患者様と点滴・注射の確認を行っております。つきましては、入院中は患者様にリストバンドを付けていただきます。

また、患者様の取り違えを防ぐため、処置・点滴・食事配膳などを行う際に名前を名乗っていただくよう声をかけさせていただきますので、ご協力よろしくお願いいたします。



## 入院中守っていただきたいこと

- ① 今まで内服されていたお薬は  
医師又は看護師に提出してください。
- ② 病院内では持ち込みの電気器具等の使用はご遠慮ください。  
ラジオや電気毛布などを使用される場合は、職員にお申し出ください。
- ③ 入院中の外出、外泊は **主治医の許可** が必要です。  
あらかじめ看護師までお申し出ください。届出用紙がございます。
- ④ 携帯電話の使用につきましては、他の患者様のご迷惑にならないようご使用ください。  
なお、1階・2階・3階に公衆電話を設置しております。
- ⑤ 病院内は、敷地内禁煙となっております。  
たばこ・ライターの持ち込みも禁止とさせていただきます。
- ⑥ **入院患者様は入院期間中に「駐車場」の利用はご遠慮願います。**  
損害・盗難の責任は負えません。  
**やむをえず、駐車される場合は必ず看護師、又は病棟事務にご相談ください。**



- ⑦入院中現金や貴重品の持参は盗難事故防止のため、最小限をお願いいたします。  
入院費の支払いは請求書等で金額を確認してからご用意ください。  
また、入れ歯・補聴器等の貴重品につきましても、紛失されないよう、患者様・ご家族様にて管理をお願いいたします。
- ⑧お部屋を離れる際は、貴重品や小銭など床頭台に保管しカギをかけてください。(カギはご自身で管理をお願いいたします。)  
なお、カギを紛失された場合、補修等にかかる実費を負担していただきますのでご了承ください。

- ⑨入院中、他の病院・医院・診療所では原則受診出来ません。受診する特別な理由がある場合は看護師又は病棟事務へ連絡してください。  
ご家族の方がお薬のみを取りに行かれる場合も同様となりますのでご注意ください。  
※許可なく他医療機関を受診された場合は、全額自己負担となる場合がございますので、必ず受診前に事務員にご相談ください。

## 面 会

- ①面会時間は下記の通りに定めております。  
午後1時～午後8時
- ②急用で時間外に面会される場合は看護師にご相談ください。
- ③未就学児のお子様や風邪を引いている方の面会は  
感染防止と他の患者様の安静の必要からご遠慮ください。
- ④患者様の病状・治療上の必要から面会をご遠慮いただくこともあります。



## 入院料金

- ①入院料、食事療養費、その他治療費の支払いは健康保険の定める費用、その他の場合は病院の定めた費用によります。  
詳しくは病棟事務までお問い合わせください。
- ②入院料、その他の治療費の支払いは毎月15日と月末に計算し、入院費請求書をお渡しいたします。1階精算機でお支払いください。午後6時まで（土曜日は午後5時）です。また、日曜・祝日はお支払いいただけませんのでご了承ください。
- ③退院される方は退院日にお支払いください。

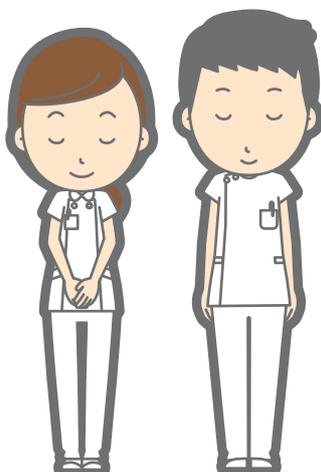
## 災害時の避難路

- ①最寄の「避難口」を確認しておいてください。
- ②万一災害が発生した場合は、院内アナウンスでお知らせいたします。  
災害時には職員の誘導に従ってください。  
なおエレベーターは、絶対に使用しないでください。



## 病室移動のお願い

患者様の病状によって、または他の患者様の病状によって病室の移動をお願いする場合があります。ご了承ください。



## 室料差額

### 一般病棟（3階）

	室料（税込）	
個室 A	¥6,700	冷蔵庫・洗面台・トイレ・シャワー
個室 B	¥5,600	冷蔵庫・洗面台・トイレ
4人部屋 A	¥1,200	冷蔵庫・洗面台（共用）・パーテーション
4人部屋 B	—	洗面台（共用）

### 回復期リハビリテーション病棟（2階）

	室料（税込）	
個室	¥4,500	冷蔵庫・洗面台・トイレ
3人部屋	¥1,800	冷蔵庫・洗面台（共用）・パーテーション
4人部屋 A	¥1,200	冷蔵庫・洗面台（共用）・パーテーション
4人部屋 B	—	洗面台（共用）

### 療養病棟（4階）

	室料（税込）	
個室	¥3,400	冷蔵庫・洗面台
2人部屋	¥1,800	冷蔵庫・洗面台（共用）・パーテーション
4人部屋	—	洗面台（共用）

※法律で、病院の入院費は1日単位（0時から24時まで）で計算することが定められています。

当院の個室料も法律に従い同様に計算しています。旅館やホテルでの計算方法とは異なりますのでご了承ください。

【例】 個室 B（室料差額¥5,600） の利用で、1泊2日のご入院をされた場合、以下の個室料が治療費と別に発生します。

$$\boxed{\text{¥5,600} \times \text{2日} = \text{¥11,200}}$$

※空き状況によりご希望の部屋をご利用になれない場合があります。ご了承ください。

## その他

### 【テレビ】

全てのベッドサイドにカード式テレビ付床頭台がございます。

テレビカードは、2階・3階・4階の自動販売機にてお買い求めください。

1枚 1,000円

### 【冷蔵庫】

2階・3階の食堂にロッカー式冷蔵庫がございますので、ご希望の方は職員にお申し出ください。

1日 100円（カギを紛失された場合は1,000円の実費負担となります。）

### 【インターネット】

使用希望の方は職員にお申し出ください。

1日 500円（1回線につき）

### 【療養の給付と直接関係のないサービスに係る費用】

治療以外のサービスを受ける場合には実費が発生することがあります。

主なものは各階に提示しておりますが、不明な点がございましたら事務員にお声かけください。

# 入院承諾書

患者の入院に際し、入院時の案内を了解いたしましたので、入院承諾書を提出いたします。  
入院料等、診療に係わる諸料金については、貴病院の定めるところによる請求書の通り、遅滞無く  
支払います。万一本人から払い込みのない場合は、必ず親権者又は連帯保証人において支払するこ  
とを、誓約いたします。

年 月 日

患者住所  
氏名 印  
親権者又は住所  
連帯保証人氏名 印  
患者との続柄  
電話

医療法人 済恵会 須藤病院長 殿

## 連絡先確認のご案内

当院では、入院時に患者さんのご自宅の他に連絡が確実につけられる場所を2箇所ほど確認して  
おります。下記の欄にご記入のうえ、ナースセンターまでご提出ください。

※なお、ご連絡先は、当院の近くにあれば助かります。

患者氏名 様 電話番号 - -

氏名	住所	患者との 関係	電話番号
(例) 安中太郎	安中市安中3-25-13	長男	382-3131

医療法人 済恵会 須藤病院



# 入院中に守っていただきたいこと

- ① 今までに内服されていたお薬は医師又は看護師に提出してください。
- ② 病院内では持ち込みの電気機器等の使用はご遠慮ください。  
ラジオや電気毛布などを使用される場合は、職員にお申し出ください。
- ③ 入院中の外出、外泊は主治医の許可が必要です。  
あらかじめ看護師までお申し出ください。届出用紙がございます。
- ④ 携帯電話の使用につきましては、  
他の患者様のご迷惑にならないようにご使用ください。  
なお、1階・2階・3階に公衆電話を設置しております。
- ⑤ 病院内は、敷地内禁煙となっております。  
たばこ・ライターの持ち込みも禁止とさせていただきます。
- ⑥ 入院患者様は入院期間中に「駐車場」の利用はご遠慮願います。  
損害・盗難の責任は負えません。  
やむをえず、駐車される場合は必ず看護師、又は病棟事務にご相談ください。
- ⑦ 入院中の現金・貴重品の持参は盗難事故防止のため、最小限にお願いします。  
入院費の支払いは請求書等で金額を確認してからご用意ください。  
また、入れ歯・補聴器等の貴重品につきましても、紛失されないよう、  
患者様・ご家族様にて管理をお願いいたします。
- ⑧ お部屋を離れる際は、貴重品や小銭など床頭台に保管しカギをかけてください。  
カギはご自身で管理をお願いいたします。  
※カギを紛失された場合  
補修等にかかる実費を負担していただきますのでご了承ください。
- ⑨ 入院中、他の病院・医院・診療所では原則受診できません。  
受診する特別な理由がある場合は看護師又は病棟事務へ連絡してください。  
ご家族の方がお薬のみを取りに行かれる場合も同様となります。ご注意ください。  
許可なく他医療機関を受診された場合は、全額自己負担となります。

以上、説明を受けました 説明日： 年 月 日 ( )

同意します

同意しません

患者様ご署名欄

同席者ご署名欄



# 入院患者様用 問診票

以下についてご記入いただきますようお願いいたします。なお、ここに記入された内容は、入院中の看護の目的以外には使用することはありません。

ご本人が記入できない場合は、代理の方がご記入ください。

記入者：

生年月日： 年 月 日 年齢 歳

氏名： 身長： cm 体重： kg

職業：(現在) (過去) 輸血：無 有 ( )

宗教：無 有 ( ) アレルギー：無 有 ( )

ペースメーカー：無 有 (次回チェック日： 病院名： 病院)

## 【家族構成】

氏名	続柄	同居(○)	住所(例：安中市大竹)

病気の説明を聞いたりする人はどなたですか？ 氏名：

## 【社会資源・介護サービスについて】

身体障害者手帳

無 有 (1級 2級 3級 4級 5級 6級 7級) 病名：

介護保険

無 有 (申請中 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2  
要介護3 要介護4 要介護5) 有効期限： 年 月 日

入院前に利用していた社会資源はありますか？

無 有 (訪問医療 訪問看護 訪問介護 訪問リハ 訪問入浴)  
訪問介護 訪問リハ 施設名：

担当ケアマネジャー (名前： 施設名： 連絡先： )

担当訪問看護師 (名前： 施設名： 連絡先： )

退院後どこに帰る予定ですか？

自宅 施設 ( ) その他

【既往歴】 今までにかかった病気やけがはありますか？

時期	病名	施設名	治療状態(薬有・手術をした)
年 月頃			

【身体問題について】

視 覚 の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有：
聴 覚 の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有：
嗅 覚 の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有：
味 覚 の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有：
触 覚 の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有：
運動覚 の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有：

めがね：無 有 入れ歯：無 有（上・下・部分） 補聴器：無 有（左・右・両方）

【日常生活について】（入院前）

寝返り	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> 自分ではできない
座 位	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> 自分ではできない
立 位	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> 自分ではできない
歩 行	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> 自分ではできない
食 事	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> 自分ではできない
排 泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> 自分ではできない
入 浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> 自分ではできない
更 衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> 自分ではできない
整 容	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少し手伝う	<input type="checkbox"/> 自分ではできない

排尿回数：日中／ 回 夜間／ 回 他（ ）

排尿方法：トイレ バルーン（挿入日： ） オムツ

排便回数：1日／1回 2日／1回 3日／1回 最終排便：

下剤使用：無 有（内服： ）

睡眠時間： 時間

入眠時の工夫：無 有（内服： ） その他（ ）

喫 煙：無 止めた（どれくらい前： ） 有（喫煙歴 1日 本 年）

飲 酒：無 止めた（どれくらい前： ）  
有（頻度：ときどき 1～2日／週 3～4／週 5～6／週 毎日）  
（1日当たりの飲酒量：お酒の種類 量 ）

食べられない物：無 有（例：卵、牛乳、納豆）

身体の状態や日常生活で今現在困っていることはありますか？

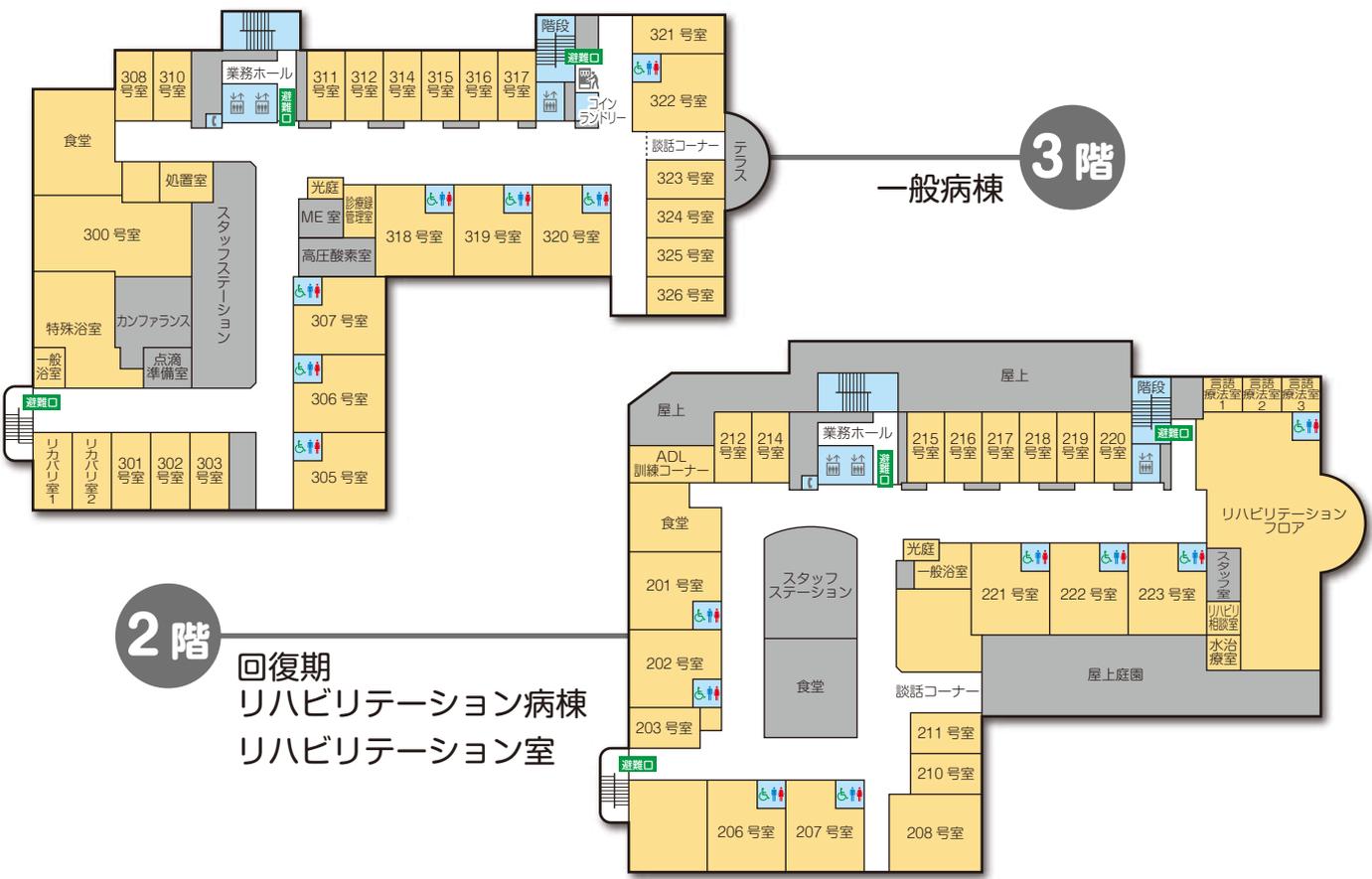
入院中の医療や看護に望むこと、気になることがありましたらお書きください。

# 各階のご案内

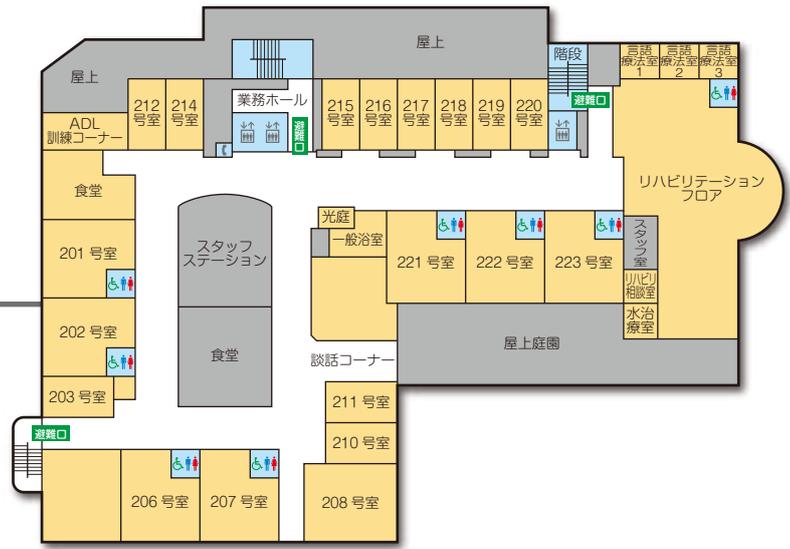
## 4階 手術室 療養病棟



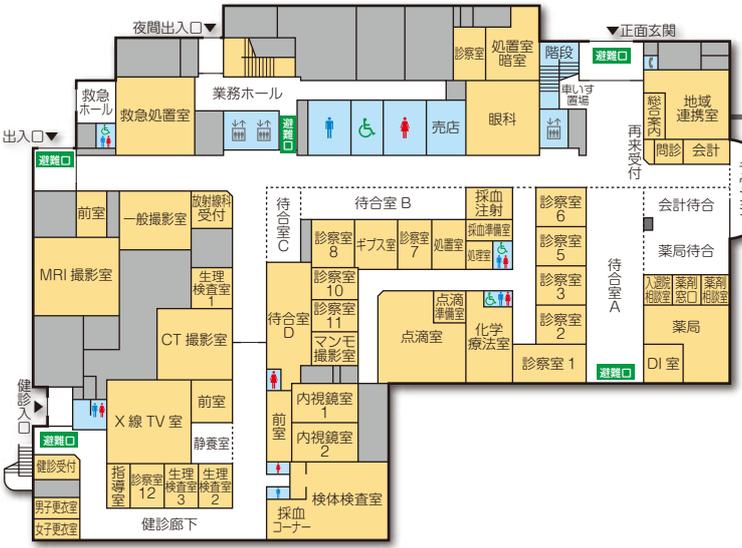
## 3階 一般病棟



## 2階 回復期 リハビリテーション病棟 リハビリテーション室



## 1階 診察室（各科） 検査室 放射線科 健診センター



◆最寄の「避難口」を確認しておいてください。  
◆万一災害が発生した場合は、院内アナウンスでお知らせいたします。  
災害時には職員の誘導に従ってください。  
なおエレベーターは、絶対に使用しないでください。



## 医療法人 清恵会 須藤病院



〒379-0116 群馬県安中市安中 3532-5  
TEL. **027-382-3131**  
FAX. **027-382-6568**  
<http://www.med.wind.ne.jp/sutoh-hp>

