

持ち物チェックリスト

入院受付に必要なもの

- 保険証
- 診察カード
- 入院申込書（※）
- 各種医療受給者証
- 限度額適用認定証
- 患者入院情報提供用紙（※）
- 個人情報保護に関する同意書（※）



- 電話取次ぎ面会案内に関する意思確認書（※）
- 転倒転落防止自己チェック表（※）
- 入院セット申込書兼同意書
- 印鑑
- 服用中のお薬
- お薬手帳
- お薬に関する問診票
- 退院証明書



（※）の書類は必要事項をご記入のうえお持ちください。

入院生活に必要なもの

- 下着
- 上履き
- 湯呑み（ポット・水筒など）
- 箸・箸箱・スプーン・フォーク
- 洗面用具
（歯ブラシ、石けん、髭剃りなど）

- 入浴・洗髪用具（シャンプーなど）
- イヤホン（テレビ視聴用）
- ティッシュペーパー
- ねまき、タオル、バスタオル

※ねまき類は有料で貸し出しもございます。
「入院セットのご案内」をご参照ください。

※病状や手術の有無で必要なものが異なります。ご不明な点は看護師にお尋ねください。
※持ち物にはすべてお名前をご記入ください。

入院生活に必要な日用品は1階の売店でも販売しています。



入院セットのご案内

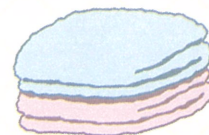
入院セットとは、入院患者さんに日額定額で、必要なタオル類・パジャマ類・下着類・紙おむつ・日用品を直接レンタルするシステムです。



【入院セット】をご利用されますと、

- ① 専門工場での洗濯なので、いつでも清潔な商品がご利用できます。
- ② ご家族様の洗濯や衣類の補充などの手間が軽減します。
- ③ 入院時に必要な品物の購入がいらないので、経済的な負担を軽減します。

入院セットの内容



Aセット： 275円/日額（税抜）

タオル類：バスタオル・フェイスタオル

衣類：病衣（上下式・浴衣式・パジャマ式）・室内着

Bセット： 480円/日額（税抜）

タオル類：バスタオル・フェイスタオル

衣類：病衣（上下式・浴衣式・パジャマ式）・室内着・つなぎ・半袖肌着

紙おむつセット1： 385円/日額（税抜）

尿とりパッド・テープ式・リハビリパンツ・軟便パッド（1枚）をご容態に合せてのご利用

紙おむつセット2： 250円/日額（税抜）

尿とりパッド・テープ式・リハビリパンツ・軟便パッドをご容態に合せてのご利用

軟便セット： 785円/日額（税抜）

テープ式・リハビリパンツ・軟便パッド（2枚以上）をご容態に合せてのご利用

【入院セット】をご希望の方は、職員または、下記へお問い合わせください。



お問い合わせ先 株式会社 秀和

フリーダイヤル 0120-326-451

営業時間 9:30～17:00（土・日・祝祭日は休み）



必ずご確認ください

◎入院セットご利用について

- ・入院セットの料金は日額設定となっており、利用枚数や交換回数等による料金ではございません。このため商品等はご利用数にかかわらず1日当たりのセット料金となります。
- ・入院セットの商品等については、いずれか必要なものを必要時にご利用いただけます。
 ※日額設定のため、必要以上にご利用いただいても追加料金は発生致しません。
 ※衣類については、基本のご入浴に合わせてお着替えいただけます。(週2~3回の交換が目安となります)
 また、それ以外に必要な場合(失禁・嘔吐等)もお着替え頂けます。
- ※ご利用者の症状によりすべての商品がお手元に届かない場合がございます。お手元に届かない商品等がございましたもご利用料金は同額となります。
- ・入院セットの利用期間はお申し出のあったご利用開始日から終了日までとなります。
 ※1泊2日のご利用をされた場合は2日間の請求となります。
 ※外泊の場合は、2泊3日以上の外泊より中日の請求は致しません。

◎ご請求について (入院セットの料金は日額制です)

- ・ご利用料金は1日単位となっており、開始日から終了日までが請求の対象となります。
(ご請求額=入院セット単価×ご利用日数)
- ・ご請求書は月末締または退院毎に請求書をお支払者様宛に郵送させていただきますので指定のコンビニエンスストアまたは郵便局にてお支払下さい。
- ・医療費とは別に請求書が発行されますのでご了承下さい。
- ・請求書の商品名は、ご利用頂いたタイプのみが表示となりますので、明細につきましては、申込書面に記載されておりますご利用内容をご確認下さい。

請求書サンプル

〒 323-0828
都下県小山市京成南4-34-4

秀和 一美 様

御 請 求 書
平成 28 年 8 月 30 日

秀和 一美 様
ご 請 求 金 額 ¥18,533-

※請求書は、請求書に記載の住所へお送りいたします。
 ※請求書は、請求書に記載の住所へお送りいたします。
 ※請求書は、請求書に記載の住所へお送りいたします。
 〒104-8018 東京都中央区本町2-2-20

品名	数量	単価	金額	備考
セット	04/01~04/30	30日	672	17,160
入院会費				12,180
請求手数料				1,173
ご請求額				18,533

〒104-8018 東京都中央区本町2-2-20

郵便振替代行センター

00150-4 900384

郵便振替代行センター

15533

100815098054609000183532008000022294

33811406800010090000000000290239870080008

秀和 一美 様

〒104-8018 東京都中央区本町2-2-20

株式会社 秀和

◎個人情報について

- ・ご記入いただいた個人情報は、請求及び管理業務のみ使用致します。
- ・また他の第三者に、この個人情報を提供することはありません。

◎その他

- ・入院セットについてご不明な点がございましたら 株式会社秀和 までご連絡下さい。

問合せ先 株式会社秀和

フリーダイヤル 0120-326-451

営業時間 9:30~17:00
(土・日・祝日は休み)

入院診療費についてのご案内

1. 70歳以上の入院診療費について

- 75歳以上(後期高齢者)の方の負担額について、一般の方医療費の1割、現役並みの所得の方は医療費の3割になります。
ただし、同一の医療機関での1ヶ月の負担額が下の表の額に達したときは、その後の窓口での支払いは不要です。
- 70歳から74歳までの負担額について、平成26年4月2日以降に70歳を迎えた一般の方は医療費の2割、以前に迎えた方は医療費の1割になります。
ただし、同一の医療機関での1ヶ月の負担額が下の表の額に達したときは、その後の窓口での支払いは不要です。

(表1 70歳以上自己負担限度額)

区 分	自己負担限度額
一般 (標準報酬月額26万円以下)	57,600円
〃 (年間4回目以降)	44,400円
現役並み所得者 (標準報酬月額83万円以上)	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%
〃 (年間4回目以降)	140,100円
現役並み所得者 (標準報酬月額53万円以上)	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%
〃 (年間4回目以降)	93,000円
現役並み所得者 (標準報酬月額28万円以上)	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
〃 (年間4回目以降)	44,400円
低所得者Ⅱ	24,600円
低所得者Ⅰ	15,000円

* 高額長期疾病患者(血友病、人工透析が必要な慢性腎不全等)の自己負担限度額は、10,000円です。
ただし、人工透析を要する上位所得者については20,000円です。

2. 70歳未満の入院診療費について

70歳未満の方は、申請により高額な入院費(支払額)が軽減されます。

1ヶ月の医療費(食事療養費、個室料等を除く。)が一定の額(表2)を超える場合、病院会計窓口での支払いを自己負担限度額にとどめる制度です。

申請の手続きは、保険者(加入している健康保険証の発行機関)から「限度額適用認定証」の交付を受ける必要があります。

- **協会けんぽ船員保険の方**は、全国健康保険協会の都道府県支部窓口へ申請し、交付を受けてください。
- **共済・組合保険の方**は、勤務先の労務担当へお問い合わせください。
- **国民健康保険の方**は、市町村の窓口へ申請し、交付を受けてください。
- **全国組織国保組合の方**は、保険証に記載されている担当支部へお問い合わせください。

「限度額適用認定証」は、入院時に1階中央受付カウンターでご提示いただくか、保険証と共に入院した月の末日(末日前に退院の場合は、退院日)までに病棟カウンター医事係まで、ご提示ください。

「限度額適用認定証」のご提示がない場合は、従来の3割負担になります。また、申請した月からの適応となりますのでご注意ください。

(表2 70歳未満自己負担限度額)

区 分	自己負担限度額
標準報酬月額83万円以上 〃 (年間4回目以降)	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% 140,100円
標準報酬月額53万円以上 〃 (年間4回目以降)	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 93,000円
標準報酬月額28万円以上 〃 (年間4回目以降)	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 44,400円
標準報酬月額26万円以下 〃 (年間4回目以降)	57,600円 44,400円
低所得者(住民税非課税) 〃 (年間4回目以降)	35,400円 24,600円

* 高額長期疾病患者(血友病、人工透析が必要な慢性腎不全等)の自己負担限度額は、10,000円です。
ただし、人工透析を要する上位所得者については20,000円です。

3. 長期入院の方へ

同一の疾病又は負傷により本病院又は他病院を含めた入院期間が180日を超えた場合は、入院料の一部が1日につき次のとおり自己負担となります。(ただし、一般病棟に限ります。)

2,730円(税込)

4. 公費負担医療の方へ

更生医療、育成医療、特定疾患等の公費負担医療の場合は、医療券等に定められた一部負担金をお支払いいただくことになります。

* 標記について、詳しくは病棟カウンター医事係にお問い合わせください。

作成日 R2. 12. 17



社会福祉法人 石川 済生会

石川県済生会金沢病院

SAISEIKAI KANAZAWA HOSPITAL

入院費用のご案内



入院費用のお支払い

- (1) 退院時の入院費用は、請求書を退院当日にお渡し致しますので、ご精算をお願いします。月を超えて入院継続される場合は、一旦、末日締め翌月の10日過ぎにお手元にお届けします。また、退院前日までに医療費の概算を確認したい方は、病棟カウンターの事務員までお申し出ください。
- (2) 医療費のお支払いは、1階受付カウンターの会計窓口でお願いします。銀行振込みやカード支払いについても対応いたしますので、会計窓口でご相談ください。
- (3) お支払いいただいた後にお渡しする領収書は、高額医療費の払い戻しや確定申告等をされる場合に必要となりますので大切に保管してください。領収書の再発行はできませんのでご注意ください。万が一紛失された場合は、有料で領収証明書を発行いたします。

DPC 包括支払い制度について（対象病棟：4A・4B・5B 病棟）

当院は、厚生労働省が指定した DPC 包括評価支払制度の対象病院であり、1回の入院に関して、入院中に治療した病気の中で最も医療資源を投入した疾患に対して、厚生労働省が定めた「診断群分類」に基づく、1日当たりの定額の医療費を基本とした請求をさせていただきますこととなります。その他に食事療養費や室料差額などの医療保険適用外の費用がかかります。

「DPC 包括評価支払制度」の具体的な計算例は次のとおりになります。

DPC 病名：ウイルス性腸炎で入院した場合。

1日当たりの包括評価点数（1点=10円）		+	包括評価に含まれない項目
2日まで	2732点		手術・麻酔・指導管理・在宅医療・リハビリテーション・放射線療法等・一部の検査・処置・画像診断・入院基本料加算
3日～5日	2019点		
30日まで	1716点		

（注）包括評価の点数は、病名や手術・処置等に応じて異なります。また、診療報酬改定などで点数が変更となることもあります。また自賠や労災などで上記制度に適用しない場合があります。

つきましては、以下の点につきご理解、ご協力をお願いします。

入院途中で病状や治療内容により、上記 DPC 病名が変わった場合は、入院初日に遡り、医療費の計算をやり直します。

月をまたいで入院した場合は、既にお支払いいただいた前月までの医療費について、退院月で過不足を調整しますので、返金や追加の料金が発生することがあります。



緩和ケア病棟入院料（対象病棟：3A病棟）

入院料は保険診療により定額制で定められており、入院期間によって変わります。その他に食事療養費や室料差額などの医療保険適用外の費用がかかります。

入院期間と1日当たりの入院料

30日まで	49,260円
30日～60日	44,000円
61日以降	33,000円



包括評価に含まれない項目

指導管理・放射線療法・
入院基本料加算等

回復期リハビリテーション病棟入院料（対象病棟：3B病棟）

入院できる期間は、疾病や傷病名によって日数が決められています。たとえば、脳梗塞や脳出血などは150日以内、高次脳機能障害（脳がダメージを受け、記憶・思考・言語などの機能が低下した状態）を伴った重症の脳血管障害は180日以内、大腿骨頸部骨折、廃用症候群は90日以内、股関節・膝関節などの神経、筋や靭帯の損傷は60日以内となっています。

入院料は保険診療により定額制で定められております。その他に食事療養費や室料差額などの医療保険適用外の費用がかかります。

1日当たりの入院料

20,250円



包括評価に含まれない項目

指導管理・リハビリ・
処置・入院基本料加算等

地域包括ケア病棟（対象病棟：5A病棟）

地域包括ケア病棟へ入院後、最長で60日を限度としております。入院料は保険診療により定額制で定められております。その他に食事療養費や室料差額などの医療保険適用外の費用がかかります。

1日当たりの入院料(60日まで)

25,580円



包括評価に含まれない項目

手術・麻酔・指導管理・リハビリ
(一部)・処置・入院基本料加算等

内容についてご不明な点がございましたら、病棟スタッフまでお声かけてください。



社会福祉法人 岩手県済生会

石川県済生会金沢病院

開放病床のご案内

開放病床とは

地域医療連携の一環として、石川県済生会金沢病院の病床を利用し「かかりつけ医」と「当院の担当医」が協力して、通院から入院・退院までの一貫した診療を行うための専用の病床です。かかりつけ医の先生と当院の担当医が情報を共有し、共同して診療を行います。

患者さんのメリット

- 開放病床入院中もかかりつけ医の先生が訪問されますので安心できます。
- かかりつけ医の先生が入院中の経過を把握しているため、退院後は継続した方針のもとで、かかりつけ医に通院できます。

患者さんの自己負担について

かかりつけ医の先生が、入院中の患者さんの病室を訪問し診察された場合に「開放型病院共同指導料」として、1回の診療につき下記の費用が発生します。（かかりつけ医の先生が、当院で診察を行わなければ費用の発生はありません。）

負担割合	かかりつけ医 (1回につき)	石川県済生会金沢病院 (1回につき)
1割負担	350円	220円
2割負担	700円	440円
3割負担	1,050円	660円

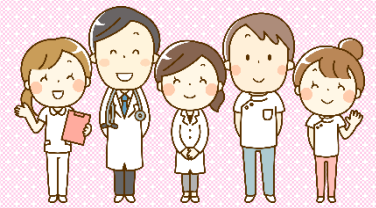
※健康保険法の定めによって算定されるものですので、ご了承ください。

開放病床のご利用等については、
ご不明なことは地域連携室まで
お問い合わせください。

石川県済生会金沢病院 地域連携室
TEL 076-266-1489
FAX 076-266-2990

患者サポートチーム からのお知らせ

患者様・ご家族の皆様へ



患者サポートチームは、入院・外来の患者さんおよびそのご家族の皆様からの疾病に関する医学的な質問、生活上や入院中の不安など、様々な相談に対応することを目的としております。

患者サポートチーム員は、多職種で対応いたします。お困りごと、質問しにくいことなど直接お話をお聴きします（お近くにチーム員が見当たらない場合は、お気軽に近くのスタッフまでお申し出下さい）。

患者サポートチームは、多数の職種のメンバーで患者さんに対応します。



医療安全管理者



看護師



患者さん



医師



リハビリスタッフ



薬剤師



保健師



放射線技師



ソーシャルワーカー



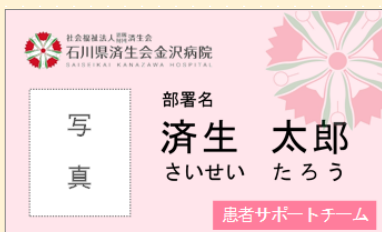
管理栄養士



検査技師



事務員



目印として、『**ピンクの名札**』を付けておりますので、お気軽にお声掛け下さい。

ご寄付のお願い

石川県済生会金沢病院では、個人や法人、団体様等からのご寄付を受け付けております。お受けした寄付金は、ご寄付された方のご意見を反映して大切にに使わせていただきます。皆さまのご支援とご協力を心よりお願い申し上げます。

ご寄付の方法

当院指定の「寄付申込書」をご記入の上、下記窓口までご送付またはご持参ください。また、寄付金をお振込される場合は当院指定口座までお願いいたします。

〈 窓 口 〉

住 所：〒920-0353
石川県金沢市赤土町ニ 13-6
石川県済生会金沢病院 総務課
メール：saiseikh-s@saiseikaikanazawa.jp
T E L：076-266-1060
F A X：076-266-1070

〈 振 込 先 〉

銀 行 名：福井銀行
支 店 名：金沢支店
口座番号：普通 1011330
名 義：社会福祉法人恩賜財団済生会支部石川県済生会
カタカナ：フクノシザイダニシカイイフ イシカケンシカイ

入金を確認いたしましたら、領収書と税額控除に係る証明書をお渡しさせていただきます。

税法上の優遇措置

当院への2,000円を超えるご寄付は、税法上の優遇措置が受けられます。弊会は厚生労働大臣から「税額控除」適用法人としての証明を受けたことにより、「所得控除」方式のほかに「税額控除」方式を選択することができます。

詳しくは国税庁ホームページでご確認ください。

表彰制度

当院にご寄付をいただいた個人様、団体様に、感謝の意をお伝えし、感謝状を贈呈しております。また、高額寄付をいただいた個人様、団体様には、済生会本部の規程により、特別会員に推薦して会員章、感謝状の贈呈がございます。

寄付物品について

物品のご寄付についても同様のお手続き（寄付申込書）が必要となります。

No. _____

寄付申込書

私は、次の通り寄付しますので受納して下さい。

1 寄付金額 金 _____ 円也

(寄付物品)

2 寄付目的

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 〒 _____

電話 (_____) _____

ふりがな

氏 名

社会福祉法人^{恩賜}財団_{財団} 済生会支部石川県済生会

支部長 西 口 寿 一 様