

入退院手続きに ついて

必ずご確認ください



焼津市立総合病院
YAIZU CITY HOSPITAL

入院手続き





手続きの場所



①、②の順にお越してください

1階

①

薬局

②

5.総合受付

※持参薬のない患者さんは

② 5. 総合受付からとなります



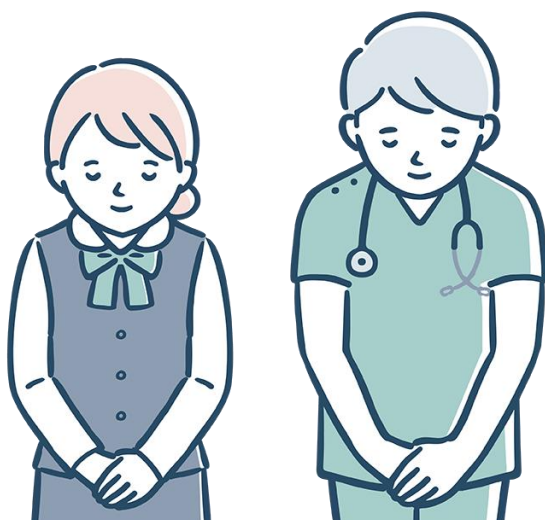


ご来院について

入院患者さん用の駐車場は
ございません



公共交通機関、または
送迎でお越してください





入院当日に
ご提出ください

申込書・同意書など

☒	入院申込書
☒	患者情報用紙
☒	保険外負担 同意書
☒	寝具類借用書
☒	手術・検査に関する 同意書 (※)
☒	面会等、外部からの 問い合わせ等に関する 要望書 (※)
☒	個室料同意書 (※)

(※)必要な方はご用意ください



入院当日に
ご提示ください

証明書・お薬など

☒	健康保険証または マイナンバーカード
☒	診察券
☒	お薬 (※)
☒	お薬手帳 (※)
☒	限度額適用認定証 (※)
☒	標準負担額減額認定証 (※)
☒	公費負担医療費助成等 受給者証 (※)



(※)お持ちの方はご用意ください



マイナンバーカードについて

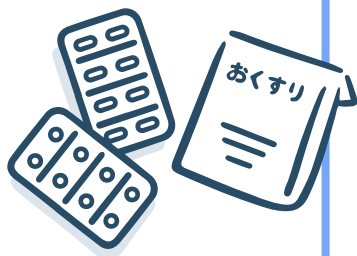
マイナンバーカードが
保険証として利用できます



質の高い医療の提供に
努めています

取得する診療情報

- 保険証情報
- 住所情報
- 過去の健診情報
- 過去のお薬情報



患者さんの**同意**がある
場合のみ取得します



マイナンバーカードについて

マイナンバーカードが
保険証として利用できます



限度額適用認定証の
手続き無しで
窓口での支払いが
自己負担限度額
までになります



※高額療養費に該当する場合

健康保険証 マイナポータル 🔍



保険証利用には事前の
お申し込みが必要です

書類の書き方





入院申込書

第3号様式（第3条関係）

【令和4年2月1日版】

病棟[] 期間[] / [] ~ [] / [] ID[] 保険[] DPC[] 限[]

※入院日から3日以内に病棟へ必ず提出してください。

入院申込書

年 月 日入院

焼津市立総合病院長 宛

入院に同意し、申し込みをします。

入院した上は、病院の諸規則や心得などを守り、入院者に係る事件あるいは入院料その他の費用について、入院者が一切の責任を負います。申込者も同様の責任（入院料その他の費用の支払については下記の極度額を限度とした責任）を負います。入院者及び申込者がその責任を履行しないときは、保証人が連帯してその責任を負います。

入院者本人が署名し、押印してください。（未成年者及び傷病のため署名困難な場合を除く。）

入 院 者	ふりがな				男・女
	氏名	Ⓜ			
	〒	—	電話 携帯	—	—
	現住所	アパート・マンション			部屋番号 号室
	生年月日	大正・昭和・平成・令和		年 月 日生	
職業又は勤務先	勤務先の名称	TEL ()		—	

申込者は、入院者本人又は入院者と同一生計を営む者若しくはそれに準ずる者（親族等）で、責任能力のある者
※入院者と申込者が異なる場合、申込者が支払の責任を負う極度額は50万円ですが、極度額の増額についてご相談させていただくことがございます。

申 込 者	氏名	※必ず当事者本人が自署してください。			入院者から みた続柄
	Ⓜ	Ⓜ			
	〒	—	電話 携帯	—	—
	現住所	アパート・マンション			部屋番号 号室
	生年月日	大正・昭和・平成・令和		年 月 日生	
職業又は勤務先	勤務先の名称	TEL ()		—	

連帯保証人は、申込者と生計を別に営む者で、支払責任能力のある者

※当院に未払いの医療費がある方は連帯保証人になれません。

※連帯保証人が支払の責任を負う極度額は50万円ですが、極度額の増額についてご相談させていただくことがございます。

連 帯 保 証 人	氏名	※必ず当事者本人が自署してください。			入院者から みた続柄
	Ⓜ	Ⓜ			
	〒	—	電話 携帯	—	—
	現住所	アパート・マンション			部屋番号 号室
	生年月日	大正・昭和・平成・令和		年 月 日生	
職業又は勤務先	勤務先の名称	TEL ()		—	

入院費の請求が退院後になる場合がありますので、平日の昼間連絡がつく電話番号をご記入ください。

TEL () — 氏名 ()

過 去 の 入 院	過去3か月間に他の病院に入院したことがありましたら記載してください。	
	1 入院した保険医療機関名	病院 科() 県() 市・町・村()
	2 入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	※入院されていた病院から「退院証明書」の交付を受けている場合は、本申込書と併せてご提示願います。	



入院申込書



ご記入をお願いします

【令和4年2月1日版】

保険[] DPC[] 限[]

書

年

月

日入院

入院日

事件あるいは入院料その他の費用に
入院料その他の費用の支払について
者がその責任を履行しないときは、

署名困難な場合を除く。）

	男・女
印	
—	—
—	—



※入院者と申込者が異なる場合、申込者が支払の責任を負う極度額は5
てご相談させていただくことができます。

連帯保証人は、申込者と生計を別に営む方で、支払責任能力のある者
※当院に未払いの医療費がある方は連帯保証人になれません。
※連帯保証人が支払の責任を負う極度額は 50 万円ですが、極度額の
ことがございます。

連 帯 保 証 人	氏 名	※必ず当事者本人が自署してください。		
	現	電話		
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月		
	職業又は勤務先	勤務先の名称 TEL (		



入院申込書



申込者

申 込 者	氏 名	※
	現 住 所	〒
	職業又は勤務先	ア 勤 の

- ・ 入院者本人
- ・ 入院者と生計が同じ方
- ・ もしくはそれに準ずる方
（親族等）で、
責任能力のある方



入院申込書

☒ 連帯保証人

連 帯 保 証 人	氏 名	
	現 住 所	
	生 年 月 日	
	職業又は勤務先	

- ・生計が異なり、支払能力のある方

※どうしてもいない場合はご相談ください



入院申込書



ご記入をお願いします

第3号様式（第3条関係）

【令和4年2月1日版】

病棟[] 期間[] / [] ~ [] / [] ID[] 保険[] DPC[] 限[]

※入院日から3日以内に病棟へ必ず提出してください。

入院申込書

年 月 日入院

焼津市立総合病院長 宛

入院に同意し、申し込みをします。

入院した上は、病院の諸規則や心得などを守り、入院者に係る事件あるいは入院料その他の費用について、入院者が一切の責任を負います。申込者も同様の責任（入院料その他の費用の支払については下記の極度額を限度とした責任）を負います。入院者及び申込者がその責任を履行しないときは、保証人が連帯してその責任を負います。

入院者本人が署名し、押印してください。（未成年者及び傷病のため署名困難な場合を除く。）

入院者	ふりがな				男・女
	氏名				㊞
	現住所	〒	—	電話 携帯	— —
		アパート・マンション			部屋番号 号室
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生			
	職業又は勤務先	勤務先の名称	TEL ()	—	

申込者は、入院者本人又は入院者と同一生計を営む者若しくはそれに準ずる者（親族等）で、責任能力のある者
※入院者と申込者が異なる場合、申込者が支払の責任を負う極度額は50万円ですが、極度額の増額についてご相談させていただくことがございます。

申込者	氏名				㊞	入院者から みた続柄
	現住所	〒	—	電話 携帯	— —	
		アパート・マンション			部屋番号	号室
	職業又は勤務先	勤務先の名称	TEL ()	—		

患者さんが指定する方のお名前と電話番号

TEL () 勤務先 TEL ()

入院費の請求が退院後になる場合がありますので、平日の昼間連絡がつく電話番号をご記入ください。

TEL () 氏名 ()

1 入院した保険医療機関名 病院 科 (県 市・町・村)

2 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※入院されていた病院から「退院証明書」の交付を受けている場合は、本申込書と併せてご提示願います。



入院申込書



ご記入をお願いします

第3号様式（第3条関係）

【令和4年2月1日版】

病棟[] 期間[] / [] ~ [] / [] ID[] 保険[] DPC[] 限[]

※入院日から3日以内に病棟へ必ず提出してください。

入院申込書

焼津市立総合病院長 宛

年 月 日入院

入院に同意し、申し込みをします。

入院した上は、病院の諸規則や心得などを守り、入院者に係る事件あるいは入院料その他の費用について、入院者が一切の責任を負います。申込者も同様の責任（入院料その他の費用の支払については下記の極度額を限度とした責任）を負います。入院者及び申込者がその責任を履行しないときは、保証人が連帯してその責任を負います。

入院者本人が署名し、押印してください。（未成年者及び傷病のため署名困難な場合を除く。）

入院者	ふりがな				男・女
	氏名				㊞
	現住所	〒	—	電話 携帯	— —
		アパート・マンション			部屋番号 号室
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生			
	職業又は勤務先	勤務先の名称	TEL ()	—	

申込者は、入院者本人又は入院者と同一生計を営む者若しくはそれに準ずる者（親族等）で、責任能力のある者
※入院者と申込者が異なる場合、申込者が支払の責任を負う極度額は50万円ですが、極度額の増額についてご相談させていただくことができます。

申込者	氏名	※必ず当事者本人が自署してください。			入院者から みた続柄
	氏名				㊞
	現住所	〒	—	電話 携帯	— —
		アパート・マンション			部屋番号 号室
	職業又は勤務先	勤務先の名称	TEL ()	—	

連帯保証人は、申込者と生計を別に営む者で、支払責任能力のある者

※当院に未払いの医療費がある方は連帯保証人になれません。

※連帯保証人が支払の責任を負う極度額は50万円ですが、極度額の増額についてご相談させていただくことができます。

連帯保証人	氏名	※必ず当事者本人が自署してください。			入院者から みた続柄
	氏名				㊞
	現住所	〒	—	電話 携帯	— —

3ヶ月以内の入院歴

入院費の請求が退院後になる場合がありますので、平日の昼間連絡がつく電話番号をご記入ください。

過去の入院	過去3か月間に他の病院に入院したことがありましたら記載してください。
	1 入院した保険医療機関名 病院 科 (県 市・町・村)
	2 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※入院されていた病院から「退院証明書」の交付を受けている場合は、本申込書と併せてご提示願います。



患者様情報用紙 (患者様情報シート)



ご記入をお願いします

患者様情報シートQ1 (おもて)				以前に本紙をご記入頂いた方は、変更のある部分のみご記入下さい。			
患者様ID: フリガナ				年齢	性別	身長	体重
患者氏名				才	男・女	cm	kg
患者様 携帯番号				※『主介護者』: 普段の生活で主に介助する方。 ※『キーパーソン』: 病状説明などを主に聞いて下さる方。 どなたか一人のみ『主介護者』・『キーパーソン』にの各付けて下さい。			
緊急連絡先 (お宅2ヶ所以上 ご記入下さい)	順番	氏名	主介護者 キーパーソン	続柄	電話番号1	電話番号2	
	1		主介護者 キーパーソン				
	2		主介護者 キーパーソン				
	3		主介護者 キーパーソン				
●既往歴について				●金属類について			
現在通院治療中の病気				日常生活の補助具			
☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 痛風 ☐ 高コレステロール ☐ 骨粗鬆症 ☐ 不整脈 ☐ 狭心症 ☐ 心筋梗塞 ☐ 脳梗塞・脳出血 (才頃) ☐ その他 () ☐ プロフィール参照				☐ なし ☐ 眼鏡 ☐ コンタクト ☐ 補聴器 ☐ 義歯 ☐ その他 体内に入っている金属 ☐ なし ☐ ペースメーカー ☐ 骨折時のボルトやプレート ☐ 人工関節 ☐ その他			
今までに受けたことのある手術				●各種申請について			
年齢	手術名(病名)	病院名		ドナーカードの記載(免許証の裏面でも可)			
才				☐ 持っていない(書いていない)			
才				☐ 提供の意思なし			
才				☐ 脳死の判定に従い提供したい。			
才				☐ 心停止の判定に従い提供したい。			
才				身体障害者手帳			
●お薬について				☐ なし ☐ 肢体 ☐ 平衡 ☐ 内部 ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 音声・言語 (級)			
現在内服しているお薬				難病申請			
☐ なし ☐ あり				☐ なし ☐ あり ☐ 申請予定			
お薬手帳 または 薬の説明書				(病名:)			
☐ なし ☐ あり				(申請日: 年 月 日)			
普段お薬を管理している人				●家族構成について			
☐ 本人 ☐ 本人以外 ()				例のように家族構成を記載して下さい。			
サプリメント・健康食品の内服				※同居中の家族は囲って下さい。			
☐ なし ☐ あり				※上記、緊急連絡先1・2・3がどなたか分かるように番号を記入してください。			
●輸血について				例)			
今までに輸血をしたこと				本人 長女 妻 長男 孫 長男嫁			
☐ なし ☐ あり () 才頃				☐ プロフィール参照			
(種類:)							
宗教上の理由などで輸血はしたくありません							
☐ いいえ ☐ はい							
●嗜好品について							
飲酒歴							
☐ 飲まない ☐ ビール ☐ 飲めない ☐ 日本酒 ☐ 以前に飲んでいた ☐ 焼酎 ☐ 現在飲んでいる ☐ ワイン ☐ その他 () () 回/週 : () ml/日							
喫煙歴							
☐ 吸ったことはない ☐ 以前に吸っていた () 本/日 ☐ 現在吸っている () 年間 () 才〜 () 才							
※ 同居が困難・不明な点は、後で『入居納付』または『入居退居支援センター』スタッフが一緒に確認致します。 ※ 本紙にご記載頂いた情報は個人情報保護の観点に基づき、目的以外には使用しません。							



保険外負担同意書



ご記入をお願いします

保険外負担 同意書

年 月 日 入院

焼津市立総合病院 病院長

私は、下記のものについて使用した実費を支払うことに承諾いたします。

名称	単位	金額 (税別)		
容器代 (薬用)	1個	77	チンキ	
採尿バック	1個	77	タンク	
糖尿病パンフレット	1冊	500	Gポトル	1個 814
コピー代 (白黒のみ)	1枚	11	シルキーボードレッシング2号	1個 44
付添寝具使用料	1日	275	シルキーボードレッシング3号	1個 55
バースセット ※	1セット	6,000	カテーテルプラグ	1個 143
分娩バック ※	1セット	8,000	BサージドレーンオープントップL	1個 1,100
ナブキン	1枚	11	長時間尿とりパッド	1枚 220
ナブキン中(滅菌)	1枚	66	BサージドレーンオープントップM	1個 990
ナブキン大(滅菌)	1枚	99	エラスコット4号	1本 462
ナブキン特大(滅菌)	1枚	132	エラスコット3号	1本 374
バンパース	1枚	33	エラスコット2号	1本 264
紙オムツ(小)	1枚	88	おしりふき80枚入	1セット 260
紙オムツ(標準)	1枚	110	ソフトベビーキャップ	1枚 220
紙オムツ(サルバム)	1枚	154	さらし(1/4)	1本 330
紙オムツ(サルバL)	1枚	165	Sケア軟便安心パッド	1枚 121
診察券再発行料	1枚	110	トコちゃんベルトⅡ S・M	1本 6,600
画像データ処理料	1件	2,200	トコちゃんベルトⅡ LL	1本 7,700
CD-R	1枚	121	トコちゃんベルトⅡ LL	1本 8,800
スワブスティック	1本	66	アンダー腹巻2枚組 M・L	1本 1,320
T字帯	1枚	385	アシュラコンフォートワイドEC ※	1枚 490
ガーゼ(2枚入り)	1セット	176	アシュラコンフォートLC-EC ※	1枚 820
ガーゼ(5枚入り)	1セット	242	トッププラスチェックシリンジ	1本 132
ボスバックK ※	1個	300	バルーンストッパー	1個 330
ボスバックB ※	1個	400	セラバンド 中	1個 440
バリアケアパウダー ※	1本	1,290	セラバンド 強	1個 495
バリアケアフレンジ ※	1枚	850	ランシノー7G	1個 1,100
バリアケアウロストミーパウチ45mm ※	1枚	750	トレックスC	1枚 156
バリアケアイレオストミーパウチ ※	1枚	590	エラス	
歯ブラシ(プロスペックY)	1本	319	ユーケ	
歯ブラシ(エラック510S)	1本	330	寝巻(体	
その他()			その他()	

入院日

お名前

患者氏名

○この同意書は、実費徴収のための同意書であり、保険外負担を認めるものではありません。
○入院患者さんの場合、入院申込書と一緒に入院日から3日以内に病棟へ必ず提出してください。(使用の有無に関わらず、全入院患者さんにご提出いただきます。)



寝具類借用書



ご記入をお願いします

寝 具 類 借 用 書

焼津市立総合病院長 宛

年 月 日 入院

本日入院に際し、下記の寝具類について借用しました。

患者氏名 @

寝具類内訳

品名	数量	品名	数量
掛け布団	1	包布(掛け布団カバー)	1
枕	1	枕カバー	1
ベッドパット	1	シーツ	1

- (1) 使用に際しては、ていねいに取り扱います。
- (2) 故意または過失により、損傷あるいは紛失した場合、実費を弁償します。
- (3) 寝具類は、退院の時返却します。

入院日・お名前



署名があれば、押印は
不要です



※本書を受領した看護師は速やかに電子カルテに登録してください。(病棟保管)

条件の例：「親戚以外の面会は不可」など

ご意見をお聞かせください

※ご住所、お名前は、内容の確認やお返事のために使用し、他の目的に使用することはありません。

ご住所・お名前を記入していただいた方には、ご返事を送らせていただきます。また、病院内で紹介させていただくことがございますので、ご承知をお願いします。

なお、その場合、ご住所・お名前を公表しません。



面会等問合せ・氏名 表示に関する要望書



必要時ご記入ください

入院病棟・ お名前・診察券番号

入院病棟	
氏 名	
I D (診察券番号)	
ご 要 望 (該当する項目に○を つけてください。)	☒ 病室入口の氏名表示をしない ☐ 面会等、外部からの問い合わせに回答しない

ご要望に○

- ☐ 病室入口の氏名表示をしないでほしい
- ☐ 面会等、外部からの問い合わせに回答しないでほしい

お支払いと退院





退院の手続き

退院の許可



退院日の調整



入院費のお知らせ



お支払い



退院

退院は**原則午前中**です



お支払いについて



お支払い方法

現金または**クレジットカード**

1階 11番
お支払い窓口

平日 8:30~17:15

銀行（ATM）

振込先

しずおか焼津信用金庫
まるせい営業部
普通 650663

受取人

焼津市立総合病院



ご確認
ありがとうございました



焼津市立総合病院
YAIZU CITY HOSPITAL

