

ご入院予定の患者さまへ

診察カードは、

入院準備で使用するため、

当院でお預かりしております。

退院時に、お返し致しますので、
ご了承ください。

(医)いとう整形外科病院

※ ご注意ください ※

注①【他の医療機関を受診する際】

入院中の患者様が他医療機関を受診する際には、現在当院にて入院中である事を知らせる必要があります。(家族の方が、薬を取りに行く場合も退院日に受診する場合も同じ扱いです)それは、他医療機関の診療費において、患者様に算定できない項目がある為です。

他の医療機関を受診の際には、

事前に病棟看護師まで**毎回必ず**お申し出下さい。

他医療機関に提示する専用の用紙をお渡し致します。

入院中である事を知らせずに他医療機関を受診した場合、他医療機関で保険者に請求できなかった診療費は、当院を通して患者様に**10割**で請求させて頂く事になりますので、防止の為にも必ずお知らせ下さい。

注②【入院当日の提出物について】

下記のを1階受付に**必ずご提出・ご呈示**願います。

- ・ 入院申込書、入院履歴申告書 ……**3 ページ・5 ページ**
- ・ 保険証 (使用される方)
- ・ 受給者証 (お持ちの方)
- ・ 減額認定証 (手続きをされた方) ……**7 ページ参照**
- ・ 高額療養費限度額適用認定証 (手続きをされた方) ……**8 ページ参照**
- ・ 介護保険被保険者証 (要介護・介護支援を受けている方) ……**10 ページ参照**

入院費は高額になります。患者様の請求額に係わってきますので、上記 提出物をご入院の際、**改めてご提出・ご呈示**をお願いします。ご提出・ご呈示がない場合、確認の取れない場合は請求額に反映されませんので、予めご了承願います。

目次

●ご注意ください【必読願います】	P1
○目次	P2
●入院申込書（記入、押印のうえ受付にご提出願います）	P3
○記入方法（入院申込書の記入例です。参考にしてください。）	P4
●入院履歴申告書（入院歴の有無にかかわらず 『必ず』ご記入のうえ、受付にご提出願います）	P5
○選定療養費制度について	P6
●入院時食事療養に係わる標準負担限度額減額認定証の手続きについて	P7
●高額療養費現物給付制度のご案内【70才未満の方はお読み下さい】	P8～9
●要介護・介護支援を受けておられる方へ	P10
●入院案内（入院費用のお支払い等）	P11～14
○入院確認・電話取次に関する申込書	P15
○ネームバンド装着のお願い	P16
○地域連携室について	P17
○せん妄リスク因子チェックリストについて （入院時に病棟看護師へお渡し下さい）	P18～19
○食品アレルギー表（入院時に病棟看護師へお渡し下さい）	P20～21
○栄養スクリーニングシート（入院時に病棟看護師へお渡し下さい）	P22
○感染対策について	P26～
○面会制限について	P28
○撮影や録音について	P29

入院申込書



医療法人社団
いとう整形外科病院

院長 伊藤宇一 様

私は、医療法人社団いとう整形外科病院に入院を申込みます。尚、入院の際、下記の誓約事項を遵守する事に同意し、万一違反した場合は病院の指示に従う事を確約します。

申込日（入院日）： 令和 年 月 日

患者氏名	印	性別： 男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢： 歳
現 住所	〒 ー	電話：
		携帯：
勤 務 先		電話：
保護者氏名	(未成年者のみ) 印	続柄：
// 住所		電話：

【 誓約事項 】

1. 治療に関する医師及び看護師の指示に従います。
2. 許可を得てから外出、外泊します。
3. 入院療養費、保険適用外材料費は、指定期日又は退院日迄に支払い完済します。
4. 診療費、入院料のお支払いは、退院日迄に完済します（土日祝の場合は前日通常営業日）。
5. 保険証や入院費の支払方法等に変更が生じた場合、速やかに連絡します。
6. 虚偽、飲酒、暴言、賭事、窃盗等、風紀や秩序を乱す行為はしません。

● 身元保証人 ●

上記の者、貴院に入院することになりましたが、身元に関する一切と入院に関わる診療費並びに入院料の支払いについて連帯保証をします。

【 連帯保証人 】

氏 名	印	続柄：
住 所	〒 ー	電話：
		携帯：
勤 務 先		電話：

● 入院費請求書を郵送希望の方 ● ※記載が無い場合は、ご本人へお渡しします。

私は、請求書 及び 金銭の管理が困難な為、入院費の請求書は下記の代理人へ送付願います。「退院日」迄にお支払いする事をお約束します。

【請求書及び金銭管理が困難な理由： 未成年 高齢者 その他（ ）】

代理人氏名	印	続柄：
住 所	〒 ー	電話：
		携帯：

入院履歴申告書のご記入・ご提出もお願いします。

記入例

○ 入院申込書

入院する方の氏名、生年月日、住所、勤務先、電話番号を例にならって記入して下さい。保護者欄は入院する方が未成年者場合と学生の場合のみ記入して下さい。

申込日：平成 20 年 8 月 1 日（←入院日を記入して下さい。）

患者氏名	伊藤花子	性別：男・女
生年月日	大・昭・平 50年1月23日	年齢 16歳
現住所	札幌市中央区南1条西10丁目5-603	電話：011-241-5461
勤務先	(株)伊藤商事	電話：011-241-5463
保護者	氏名	伊藤太郎
	住所	札幌市中央区南1条西10丁目5-603
		続柄：父
		電話：011-241-5461

○ 連帯保証人

ご両親、ご兄弟、ご親戚など身内の方でお願いします。

連帯保証人

氏名	伊藤太郎	続柄：父
住所	札幌市中央区南1条西10丁目5-603	電話：011-241-5461
勤務先	(株)いとう商事	電話：011-241-5463

○ 緊急連絡先

緊急時すぐに連絡の取れる方を記入して下さい。

連帯保証人と同じ方でもかまいません。

緊急連絡先

氏名	電話番号	続柄
1: 伊藤華子	011-241-5461	母
2:		

○ 入院費請求書送付先

患者様が、未成年、高齢者等が理由で、ご自身で入院費をお支払いする事が不可能である場合、請求書の送付先をご提示下さい。

氏名	伊藤太郎	続柄：父
住所	札幌市中央区南1条西10丁目5-603	電話：011-241-5461

入院履歴申告書



=入院歴の有無にかかわらず『必ず』ご記入のうえ、受付にご提出願います=

入院期間が180日を越える選定療養（患者様の自由な選択で180日以上入院療養を継続する場合は、保険診療費以外に特定療養費が必要になります。）に係る入院履歴を申告する事が義務付けされております。間違った申告で発生する損失は後日費用徴収されますので、ご協力をお願いいたします。

入院予定日： 令和 年 月 日

氏名： _____ 様

* 過去3ヶ月以内に他の病院に入院の経験はありますか？

はい いいえ

『 いいえ 』とお答えの方は、以下の記入は必要ありません。

『 はい 』とお答えした方だけにおたずねいたします。

* 退院証明書はお持ちですか？

はい いいえ

『 はい 』とお答えの方は退院証明書を1階受付にお出し下さい。

『 いいえ 』とお答えした方だけにおたずねいたします。

* どちらの病院に入院していましたか？

病院名： _____

* 今回と同じ病気ですか？ はい いいえ

病名： _____

『 はい 』とお答えの方におたずねいたします。

* 入院期間は、令和 年 月 日 ~

令和 年 月 日迄

* 病院名と入院期間が不明の場合は、入院先の医療機関から退院証明書をお取り寄せの上、1階受付にご提出して頂きますようお願いいたします。（料金はかかりません。）

以上、ありがとうございました。

入院申込書のご記入・ご提出もお願いいたします。

選定療養費制度について

選定療養費制度とは、同じ病気で病院(診療所)に通算 180 日を超えて入院した場合、入院費の一部（当院では一般病棟 1 日 2,200 円、回復期リハビリ病棟 900 円）を自費で負担していただくことが国の法律で定められています。これが選定療養費制度です。

・ 180 日の入院期間の計算方法と対象外になる場合について

180 日の入院期間とは、当病院における入院期間だけでなく、他の病院(診療所)に入院されていた期間も含まれます。但し、病院（診療所）を退院した後、別の病気で入院したり、続けて 3 ヶ月以上入院しなかった場合は 180 日には通算されず、次の入院の時から新たに入院期間を計算する事になります。

・ 正確な入院履歴の自己申告と損失費用の請求について

この制度では、患者様は入院時にご自分の入院履歴を正確に病院に申告することが義務づけられており、入院履歴等について虚偽の申告を行った場合には、それにより発生する損失（選定療養費）について、後日、費用の徴収が行われることとなりますので十分注意してください。

⇒5 ページの入院履歴申告書を記入し、受付にご提出ください。

高齢受給者証・後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方の
限度額適用・標準負担額減額認定証の手続きについて

【市民税が非課税世帯の方が対象になります】

減額認定証を医療機関に提出すると入院時の負担額が次のようになります。

A. 市民税が非課税の世帯の方

○医療費の限度額

通常 1ヶ月 57,600 円→1ヶ月 24,600 円又は 15,000 円(申請月の初日から)

○食事代

通常 1食 490 円→1食 230 円又は 110 円(申請月の初日から)

B. 市民税が非課税世帯の方で、過去1年間に入院日数が90日を越えている方

○医療費はAと同じです

○食事代

通常 1食 490 円→1食 180 円(申請月の翌月の初日から)

減額認定証は、お住まいの区役所の給付係で発行しています。

減額認定証の交付手続きの為の提出書類

(2) Aに該当する方

- ① 国民健康保険被保険者証・高齢受給者証 又は 後期高齢者医療被保険者証
- ② 世帯主の印鑑

(3) Bに該当する方

- ① 国民健康保険被保険者証・高齢受給者証 又は 後期高齢者医療被保険者証
- ② 世帯主の印鑑
- ③ 減額認定証(既に減額認定証をお持ちの方のみ)
- ④ 申請月以前過去12ヶ月に90日を越えて入院していることがわかる書類(病院の領収書等)

※ 札幌市以外の方はお住まいの役所にお問い合わせ下さい。

→ 発行された減額認定証を至急1階受付へ**提示**して下さい。

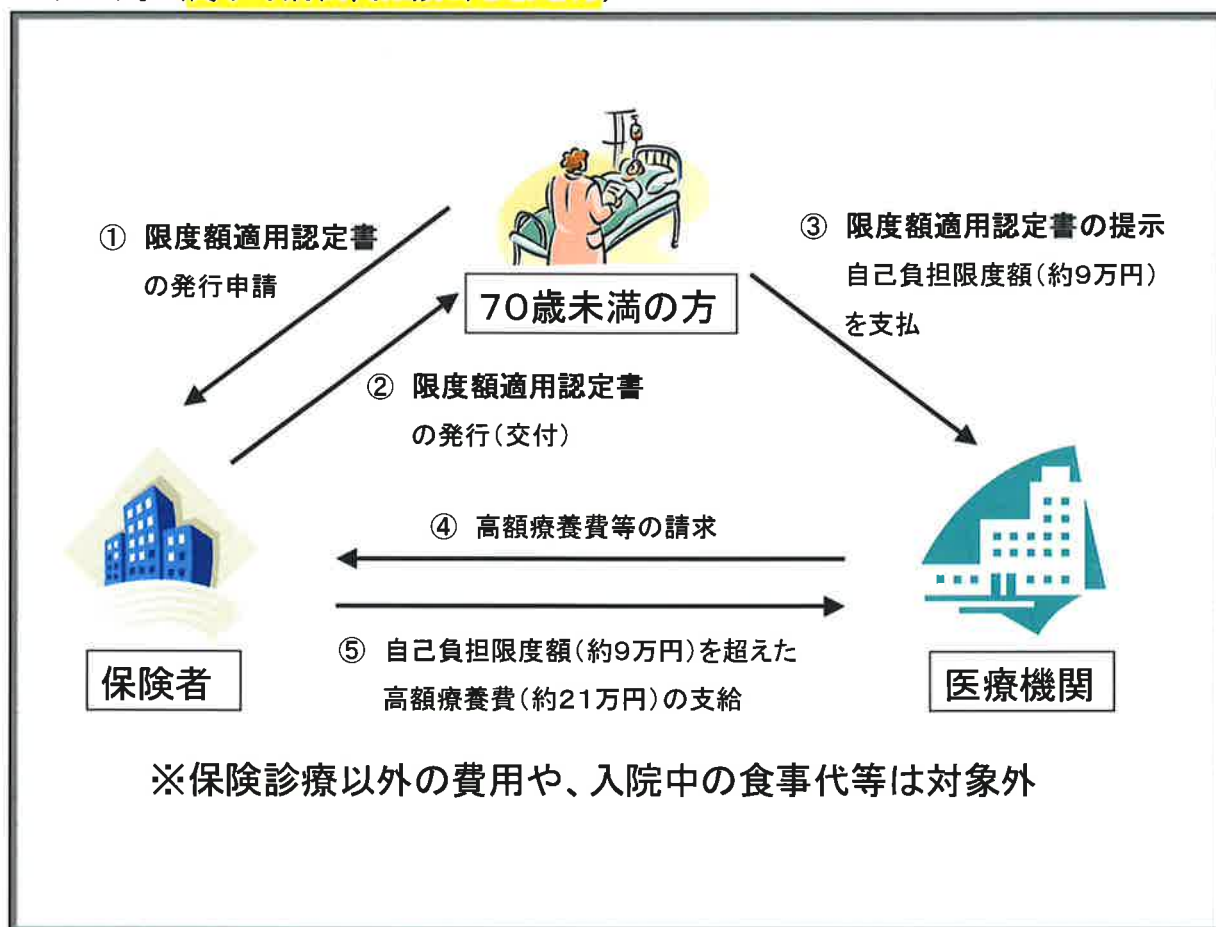
ご提示がない場合は適応となりませんのでご注意願います。

70歳未満の方はお読みください

高額療養費現物給付制度

制度の概要

高額療養費現物給付制度とは、被保険者（患者様）が病院に支払う医療費（通常3割）を高額療養費の自己負担限度額のみとし、残額（高額療養費に該当する額）を病院が市町村に直接請求する制度です。この制度をご利用すると、自己負担限度額以上の支払いをしなくて済みます。但し、この制度が適用されるのは入院等に係る医療費のみです。（食事や病衣代は該当しません）



対象は後期高齢者医療被保険者証、高齢受給者証をお持ちの方以外で

健康保険限度額適用認定証を病院に**提示**された方です。

- 提示がない場合は、高額療養費現物給付制度は利用出来ません。
- 提示した月より利用できます。
- この制度を利用する場合は、事前に申請を行う必要があります。

★保険者は月をさかのぼっての発行はしてくれませんので、入院日当月中（入院した月）でのお手続きをお願いします★

1. 申請方法

- 国民健康保険に加入の方は、お住まいの区役所（給付係）に行って手続きして下さい。
- 政府管掌保険に加入の方は、全国健康保険協会（Tel011-726-0352）に電話をして下さい。限度額適用認定証の手続きは協会の指示を受けて下さい。
政府管掌保険の方は申請してから1週間～10日間後に限度額適用認定証が自宅に郵送されます。
- 共済組合、健康保険組合、その他の保険に加入している方は各保険者にお問い合わせください。

2. 自己負担限度額は診療費（食事代や病衣などを除く）の1ヶ月間の合計額を下記の計算方法により求めます。

課税世帯

1～3回目まで

一般 $80,100 \text{円} + (\text{医療費} - 267,000 \text{円}) \times 1\%$

4回目から（多数該当）

一般 44,400円

非課税世帯

1～3回目まで 35,400円

4回目から（多数該当） 24,600円

所得区分	自己負担限度額	多数該当
①区分ア (標準報酬月額83万円以上の方)	$252,600 \text{円} + (\text{総医療費} - 842,000 \text{円}) \times 1\%$	140,100円
②区分イ (標準報酬月額53万～79万円の方)	$167,400 \text{円} + (\text{総医療費} - 558,000 \text{円}) \times 1\%$	93,000円
③区分ウ (標準報酬月額28万～50万円の方)	$80,100 \text{円} + (\text{総医療費} - 267,000 \text{円}) \times 1\%$	44,400円
④区分エ (標準報酬月額26万円以下の方)	57,600円	44,400円
⑤区分オ(低所得者) (被保険者が市区町村民税の非課税者等)	35,400円	24,600円

【要支援・要介護認定を受けておられる方はお読み下さい】

運動器リハビリテーションを実施するにあたり、保険請求上、要支援・要介護認定を受けておられる方が否かを確認させて頂く必要があります。

その為、該当される方は、《**介護保険被保険者証**》を1階受付にご提示下さい。

※要介護被保険者等に対するリハビリテーションの実施において、個々の患者様の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理する為です※

介護保険被保険者証		要介護認定区分等		給付制限			
被 保 険 者	番 号	認定年月日	平成 年 月 日	内 容	開始年月日	平成 年 月 日	
	住 所	認定の特定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		終了年月日	平成 年 月 日	
	フリガナ	認定サービス等	区分別給付限度額 1月当たり サービスの種類 単位		開始年月日	平成 年 月 日	
	氏 名	(うち要介護認定 認定基準等)			終了年月日	平成 年 月 日	
	生年月日				開始年月日	平成 年 月 日	
交付年月日	平成 年 月 日	認定審査会 の認定及び サービスの 種類の指定		終了年月日	平成 年 月 日		
保険者番号	011031			介護保険給付等	種類	入所等年月日	平成 年 月 日
並びに 保険者の名称 及び印	札幌市東区 TEL 011-741-2400				名称	通所等年月日	平成 年 月 日
					施設	入所等年月日	平成 年 月 日
					名称	通所等年月日	平成 年 月 日

入院案内

【入院手続き】

- ① 入院時には、「各種保険証」及び「入院申込書」「入院履歴申告書」「入院時基礎データ」に必要事項を記入し、提出して下さい。
- ② 入院手続きに印鑑が必要になりますので、必ず持参して下さい。
- ③ 労災保険や自賠責保険扱いの方で私病（風邪、糖尿病、水虫など）は、健康保険証の取り扱いとなりますのでご注意下さい。
- ④ 労災保険を適用される方は、受付窓口に必要書類の提出をお願い致します。
※上記の③及び④については、保険証又は労災や自賠責等の保険扱いの必要書類の提示が無い場合は、入院費用の全額が患者様の自己負担となります。
- ⑤ 非課税世帯の方で「入院時一時負担金限度額適用」及び「入院時食事標準負担額減額認定」を希望される方は、受付窓口にご相談下さい。
- ⑥ 交通事故や労災保険などの「取り扱い」や「治療費」等について、ご不明な点は受付窓口へご相談下さい。

【持ち物】

- ① 寝具及び病衣・タオル類は、感染防止・衛生管理上の点から、病院が貸与するものを使用して下さい。
- ② 入院生活に必要な次の用具等をご用意下さい。
下着・運動靴・イヤホン・髭剃り・現在内服されているお薬・薬手帳・各種手帳（ペースメーカー、身体障害等）。

【貴重品の保管について】

- ① 床頭台引き出しに貴重品ボックスを備えてあります（カードキーがついています）。
※退院時はカードキーがついた状態で返却をお願いします。
- ② 貴重品はその中に保管して下さい。盗難防止のため、出来る限り貴重品は持参しないで下さい。万一、紛失されても病院は責任を負いません。
- ③ 貴重品はお預かり致しません。ご自分で管理が出来ない方は持ち込まないようお願いします。
- ④ 義歯、眼鏡、補聴器、指輪など患者さんの私物は、患者さん及びご家族の責任で管理をお願いします。万一紛失・汚損されても、本院では責任を負いかねます。
※病院では検査や手術などに伴い、義歯、眼鏡、補聴器、指輪などを着脱する場合があります。外した後も紛失しないよう保管ケース等をご持参のうえ、各自で管理いただきますよう、よろしくお願い致します。
- ⑤ 高価な指輪等の貴重品及び多額の現金、壊れやすいものは、お持ちにならないで下さい。もしも、貴重品等をお持ちになられた場合は、貴重品ボックスに入れて必ず施錠して下さい。なお、鍵は常に身に付けておいて下さい。
- ⑥ 持ち込まれた私物（日用品のほか、携帯電話・スマートフォン・パソコン・DVDなどの電子機器類、衣服、書籍類、その他）はすべてご自身で管理をお願い致します。（義歯や補聴器、

コンタクトレンズ、メガネのほか、壊れやすいものはしっかりとした容器に入れ、患者様のお名前を明示してください。必要以上のものはご家族に預けるか、持ち帰っていただくなどして下さい。なお、ティッシュで包んだままのものは、衛生管理上好ましくありませんし、ゴミと間違えて処分することがありますので、ご注意ください。）

- ⑦ 院内での破損や紛失、盗難についての責任は負いかねます。

【駐車場】

- ① 駐車場のご利用は外来又はお見舞いの方専用ですので、入院患者様の駐車は固くお断り致します。

また、入院当日は自転車での来院を固くお断り致します。

（長期間放置されている自転車は、放置自転車と判断して対応いたします）

【入院費用の取り扱い】

- ① 入院費の請求（定期請求）は、1日から31日締めの請求書を翌月10日に配布致します。尚、請求書の配布日が土曜日、日曜日、祝祭日の場合は、翌平日にお届け致します。
- ② 入院費のお支払は、請求書の配布日から10日以内にお願い致します。
- ③ 退院会計は当日の朝10時位迄にお知らせ致しますので、支払を済ませてからご退院下さい。
- ④ 土曜日、日曜日、祝祭日のご退院の場合は、前日の平日にお支払い頂きます。
- ⑤ 退院時には、前回請求日から退院日迄の入院費をご精算頂きます。
- ⑥ 入院費のお支払いは現金以外に、「銀行振込」、「クレジットカード」等もご利用頂けます。
※クレジットカードのお支払い回数は1回のみとさせて頂いております。
- ⑦ 入院中に診断書などの証明書等が必要な方は、入院されているナースステーションにお申し込み下さい。
- ⑧ お支払いは1階受付窓口にてお願い致します。

【アメニティセット（病衣・タオル類・消耗品類）】（専門業者委託）

- ① 当院は、院内・院外感染予防対策及び院内清潔保持・排泄ケアの向上を維持するために、アメニティセット（病衣・タオル類等）の貸与は、専門業者に委託しております。

【面会時間】

- ① 10時～20時 → ※制限中です。別紙ご参照ください※

【付き添い】

- ① 当病院は厚生労働省で定める新看護基準の届出病院により、健康保険上、付き添い介護人の証明書等の発行は致しておりません。
- ② 付添いを要する場合などで「付き添い食」・「寝具の貸出し」を希望される場合は、別紙申込書でお申し込み下さい。

【個人情報について】

- ① 院内に掲示しております。ご参照ください。
- 個人情報保護との関係で外部からの入院確認や電話等の取次ぎに支障のある方は、お申し出下さい。

⇒15 ページに申込書をご用意しておりますので、ご利用下さい。

【1日のながれ】

6:00	起床、検査（採血、検尿）
8:00	朝食
10:00	回診、処置
12:00	昼食
14:00	回診、処置 検温
18:00	夕食
21:00	消灯

【面会時間と売店の営業時間】

※ 面会時間	
制限中です。別紙ご参照下さい	
平日	10:00~20:00
休日	10:00~20:00
※ 売店（2階）営業時間	
平日	10:00~15:00
土曜・日曜・祝日はお休みです。	

・回診の時間は主治医によって異なります。 ・検温時に、前日の便と尿の回数をお聞きします。

【洗濯・洗面について】

- ① 起床前、消灯後の洗濯・洗面は、他の患者様に迷惑が掛かりますのでご遠慮下さい。
- ② 洗濯乾燥機のご使用は、8:00~20:00 までとさせていただきます。
洗濯物のお取り扱いは、自己管理でお願いいたします。
- ③ トイレ内に手洗い設備が無い箇所もございます。洗面所をご利用下さい。
夜間帯の手洗いにつきましては、音が響きますのでお静かにご使用いただきますようご協力をお願い致します。

【寝衣・寝具の交換について】

寝具 / 病棟	3階病棟	4階病棟
病衣 配布	土曜又は日曜日に2枚	土曜又は日曜日に2枚
シーツ交換	火曜又は水曜日	火曜又は水曜日
	患者様の状況に応じて実施	

【入浴について】

時間 / 曜日	月	火	水	木	金	土
8:30~13:00		女性	介助	女性		男性
13:30~15:30	介助	介助	男性	介助	介助	女性
16:00~18:00		男性	女性	男性		女性

浴室は、2階のリハビリ室の隣、東側エレベータの横にあります。

※ 浴室ドアの施錠はオートロック式です。ナースステーションでカード型の鍵を受け取ってからお入りください。尚、カードは入浴後ご返却下さい。

祝日等にて変更が生じることもあります。

【テレビ・冷蔵庫について】

- ① 備え付けのテレビ・冷蔵庫を利用する場合は、別途申し込みが必要です。
- ② テレビの視聴時間は原則的に 21 時迄 です。
- ③ テレビにはイヤホンが必要です。ご自宅にあるものも使用可能なものがあります。
また、2階売店横の自動販売機にて 200円 で販売しています。

【お薬について】

- ① 薬はご自分の判断で中止したり、量を増やしたりせず、指示通り飲んで下さい。
- ② 他の病院からもらっている薬がありましたら看護師にお申し出下さい。

【外出外泊について】

- ① 主治医の許可が必要になります。希望される方は2～3日前にお申し出下さい。
- ② 外出泊届けを書いていただきます。出かける時、戻られた時には看護室にお寄り下さい。帰院時間は 20時 までをお願いします。手術日前日の方は16時まで帰院して下さい。
- ③ 当日に外出泊の申し出があっても主治医の許可が取れないことがあります。
- ④ 外出中の、けがや事故は自己責任です。

【診断書等の文書について】

- ① 診断書等の文書を希望される場合は、看護師にお申し出下さい。
- ② 保険会社の診断書は所定の用紙がある場合があります。保険会社から用紙をお取り寄せになり、退院が決まりましたら看護師へお渡し下さい。（退院後の文書の受付は1階の受付で取り扱います。）

【退院時の会計について】

- ① 退院日当日、入院費を事務よりご連絡致しますので、1階受付・会計でご精算をお願い致します（土日祝日の場合は、前日の平日にお支払い頂きます）。

【その他注意事項】

- ① 当院は敷地内全面禁煙となっております。
- ② 院内での喫煙・飲酒（ノンアルコールビール等を含む）は厳禁です。他、罵声・威嚇等規律を乱すようなことがあった場合は強制退院となります。
- ③ テレビゲーム、オーディオ機器等の電気製品の持ち込みは禁止しています。
- ④ パソコンは仕事等、やむを得ない場合に限り、許可していますのでお申し出下さい。
盗難等のトラブルに関しては、病院は一切責任を負いません。
- ⑤ 手術や患者様の重症度により、病室やベッドを移動していただく場合があります。
- ⑥ 体温計、テレビのリモコン、説明書きは退院時に返却していただきます。破損・紛失された場合は費用をご負担いただきます。（体温計 2,300円 リモコン 2,200円）
- ⑦ 車椅子、歩行器は、台数に制限がございます。他の患者様と共用していただく場合がありますのでご了承下さい。
- ⑧ 携帯電話のご使用については院内に提示しておりますのでマナーを守ってご使用下さい。
- ⑨ 入院治療に関係のない不謹慎な物を持ち込まないで下さい。
- ⑩ 電動ベッドは台数に限りがあります。医師、看護師の判断にて必要な方を優先にご利用いただいております。ご理解をお願いいたします。
- ⑪ 誤認予防のため、ネームバンドを付けて頂きます。フルネームでの本人確認をさせて頂いております。

記入後、病棟看護師にお渡し下さい。

入院確認・電話取次に関する申込書

入院中の、外部からの入院確認や電話等の取次について「拒否」を希望される方は、申込書を作成の上、入院当日中に病棟看護師にお渡し下さい。

※申し込まれた場合は、どなたからの取り次ぎも致しません(ご家族でも)※

(どなたからのお問い合わせでも、「入院されておりません」とお答え致します。)

職員に取り次ぎなく来院された場合は対応致しかねます。

●私は、入院中の、外部からの入院確認や電話等の取次の拒否を申し込みます。

申込日 (入院日) : 令和 年 月 日

患者氏名 : _____ (印)

患者様が未成年の場合は、下記 保護者欄を合わせてご記入願います。

保護者 : _____ (印)

= 病棟記入欄 =

_____ 号室 _____ ベッド

事務・3F病棟にFAX後、入院カルテへ。

看護師 サイン	事務・3F病棟 にFAX

ネームバンド装着のお願い

当院では、安全に治療を受けていただくために、誤認防止を目的として、入院患者様にネームバンドの装着をお願いしております。

ご本人確認の方法としまして、フルネームでお名前を名乗っていただ
いてから、ネームバンドと照合させていただきます。

安全な医療を提供するために、患者様のご協力をお願い致します。

※ ネームバンド装着により皮膚に異常が出た場合は、速やかに看護師にお知らせください。

※ 破損が生じた場合は交換致しますので、看護師にお知らせください。

※ ネームバンドは退院時に外します。個人情報のため破棄処分致します。

※ ご不明な点がございましたら、看護師にお問い合わせください。

* 地域連携室・医療相談室の

医療相談員がお伺いいたします *

当院には地域連携室・医療相談室があります。

医療相談員(医療ソーシャルワーカー)が、療養上の不安や、退院後の生活の心配等の相談に応じ、患者様やご家族が安心して療養できるようお手伝いいたします。

相談内容は秘密厳守となっておりますので、安心してご相談下さい。

* 相談内容の例 *

* 病気や療養生活の不安

* 退院後の生活の心配

* 介護保険制度や身体障害者手帳について

・住宅改修、福祉用具の購入・レンタル等の住環境の整備

・福祉サービスの利用

* 施設入所、転院のご相談

* 医療費、生活費の心配

ご遠慮なく ご相談ください。

ご連絡は 2 階「地域医療連携室・医療相談室」または病棟看護師までお申し出ください。



せん妄リスク因子チェックリストについて

①せん妄について

せん妄とは、何らかの身体疾患または全身状態の変化に伴い精神症状が出現している状態のことをいいます。

せん妄症状は、「時間やいる場所がわからなくなる」「幻覚症状が出現する」「興奮状態に陥る」などの症状が突発的に出現します。

せん妄は徐々に症状が出現する認知症とは違い、突然発症するのが特徴です。病気や手術の影響、環境の変化や体調不良が原因となり発症します。

手術を受けた後に発症する「術後せん妄」や夜間に発症する「夜間せん妄」、または日ごろ多量の飲酒をされている方が入院などでアルコールを断つと発症する「アルコール離脱せん妄」等があります。その他、内服薬が誘因となり、せん妄を引き起こすこともあります。

②せん妄と認知症のちがい

	せん妄	認知症
症状の出現	急激に（突発的に）	穏やかに
日内変動	夕方から夜間に悪化	変化に乏しい
発症症状	幻覚、錯覚 妄想 興奮	記憶力の低下
症状の持続時間	数時間～数日間	長期にわたる
知的能力	一時的に低下	持続的に低下
環境の影響	影響することがある	影響することは少ない

③せん妄発症時の危険

せん妄を発症することで、思考力が低下し、安静や安全の確保が困難となる事があります。

治療上必用なチューブル類や点滴等を自己で抜くなど、治療に影響を及ぼす危険があります。また興奮状態などが出現すると、転倒、転落など生命に危険をおよぼすリスクが高くなります。

④対策・・・「せん妄リスク因子」の記載にご協力下さい。

せん妄症状を起こすリスク因子を確認し（別紙の「せん妄リスク因子チェックリスト」）患者様の体調管理を行いながら、早期に療養環境を整えストレスを最小限に抑えながら治療が終えることができるよう支援いたします。

せん妄リスク因子チェックリスト

患者氏名 : _____

せん妄症状は、「時間や居る場所がわからなくなる」「幻覚症状が出現する」「興奮状態に陥る」などの症状が突発的に出現します。病気や手術の影響、環境の変化や体調不良が原因となり発症します。

せん妄を発症すると、思考力が低下し安静や安全の確保が困難となる事があります。

その為、入院生活を安全に過ごす事ができるよう、せん妄のリスク因子の確認にご協力下さい。

リスク因子を早期に確認する事で入院生活を安全に過ごせるよう支援致します。

【1】せん妄のリスク因子の確認 ★患者様、ご家族 記入欄（二重線の中）

該当するものにチェック☑をお願いします。

ご不明な点がありましたら、入院時に看護師にお尋ね下さい。

- 70歳以上である
- 脳器質的障害（脳梗塞、脳出血、パーキンソン病 等の疾患がある
- 認知症がある
- アルコール多飲（患者様判断で記載）
- せん妄の既往がある
- リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の使用
- 脱水や感染症がある
- 全身麻酔を要する手術後又はその予定がある

.....以下医療機関記入欄.....

【2】ハイリスク患者に対するせん妄対策 ↓ 医師、看護師 記入欄

（リスク因子に1項目以上該当する場合は、以下の対応を実施）

- 認知機能低下に対する介入（見当職の維持等）
- 脱水の治療・予防（適切な補液と水分摂取）
- リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の漸減・中止
- 早期離床の強化（痛みの客観的評価の併用等）
- 適切な睡眠管理（非薬物的な入眠の促進等）
- 本人及び家族へのせん妄に関する情報提供

【3】早期発見 ↓

せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努める。

※1 せん妄のリスク因子の確認は入院前又は入院後3日以内に行う。

※2 せん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。

入院日 令和 年 月 日

せん妄対策実施日 令和 年 月 日

主治医	看護師	薬剤師

食品アレルギー表

アレルギーがある食品にチェックを付けて下さい。

氏名 _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

アレルギーはありますか？（右に○を付けて下さい）

無

食べ物の好き、嫌いではなく、アレルギーについてお答え下さい。

有（下記の項目に☑を付けて下さい）

	生	加熱した物	・出汁 ・エキス ・調味料		生	加熱した物	・出汁 ・エキス ・調味料		生	加熱した物	・出汁 ・エキス ・調味料
魚🐟 全部				ウニ				バナナ			
アジ				カズノコ				(その他)			
イワシ											
カツオ				貝類🐚 全部				米🍚			
サケ				アサリ							
サバ				アワビ				小麦🍞			
サンマ				シジミ							
タイ				ホッキ				乳製品🥛 全部			
タラ				ホタテ				牛乳			
ヒラメ				(その他)				チーズ			
イカ								ヨーグルト			
タコ				果物🍎 全部							
(その他)				マンゴー				卵🥚			
				イチゴ							
肉🍖 全部				ウメ				大豆🥛 全部			
豚肉				サクランボ				納豆			
鶏肉				モモ				豆腐			
牛肉				ナシ				みそ			
羊肉				プルーン				しょうゆ			
(その他)				メロン							
				スイカ				ナッツ🌰 全部			
甲類🦀 全部				リンゴ				クルミ			
カニ				パイナップル				アーモンド			
エビ				ミカン				ピーナッツ			
				オレンジ				ゴマ			
魚卵🐟 全部				グレープフルーツ							
イクラ				レモン				そば🍜			
スジコ				ブドウ							
とびっこ				キウイ				その他			

※ 入院当日、病棟看護師にお渡し下さい。

(記載例) 食品アレルギー表

アレルギーがある食品にチェックを付けて下さい。

氏名 伊藤 ほねお 生年月日 T・S・H・R 元 年 1 月 1 日

アレルギーはありますか？ (右に○を付けて下さい)

無

食べ物の好き、嫌いではなく、アレルギーについてお答え下さい。

有

(下記の項目に☑を付けて下さい)

	生	加熱した物	・出汁 ・エキス ・調味料		生	加熱した物	・出汁 ・エキス ・調味料		生	加熱した物	・出汁 ・エキス ・調味料	
魚🐟 全部				ウニ				バナナ				
サバ	☑	☑	☑	アワビ				小麦🌾				
サンマ				シジミ								
タイ	【サバ】 生サバ、加熱したサバ、だし汁や加工食品に入っている方も食べられない方の記載方法。			ホッキ				乳製品🥛 全部				
タラ				ホタテ	☑	☑	牛乳					
ヒラメ				(その他)			チーズ					
イカ							ヨーグルト					
タコ							【ホタテ】 生ホタテ、加熱したホタテは食べられないが、だし汁や加工食品に入っている物は食べられる方の記載方法。				卵🥚	
(その他)				果物🍎 全部								
				マンゴー								
				イチゴ								
肉🐖 全部				ウメ				大豆🥛 全部				
豚肉				サクランボ				納豆				
鶏肉				モモ				豆腐				
				スイカ				ナッツ🌰 全部				
甲類🦎 全部				リンゴ	☑			クルミ				
カニ				パイナップル				アーモンド				
エビ				ミカン				ピーナッツ				
				オレンジ				ゴマ				
魚卵🐟 全部				グレープフルーツ								
イクラ				レモン				そば🍜				
スジコ				ブドウ								
とびっこ				キウイ				その他				

※ アレルギーのない方は、無に○を付けて下さい。

※ 食品アレルギーのある方は、有に○を付けて、表の該当食品に☑して下さい。

分類

☑ 生 ⇒ 生のままで食べるとアレルギーが出る。

☑ 加熱した物 ⇒ 加熱してもアレルギーが出る。

☑ 出汁、エキス、調味料 ⇒ だし汁、エキス、調味料や加工食品を食べるとアレルギーが出る。

※ 上記以外にアレルギーがある方は、その他の欄にご記入下さい。

※ その他、ご不明な点がございましたら、看護師にお伝え下さい。

栄養スクリーニングシート（MUST）

◆枠内太字の欄にのみご記入ください。

氏名 _____ 男・女 _____ 記入日 _____ . _____ . _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg *BMI _____ kg/m²

①過去3～6か月で、意図しない体重減少がありましたか？ はい ・ いいえ
「はい」の場合、減る前の体重をご記入ください

過去体重 _____ kg （ _____ か月前） *体重減少率 _____ %

②食べられない日が5日以上続いている、又は急病などで食欲低下していますか？
はい ・ いいえ

*入院時、看護師へお渡しください。

以下、病院使用欄

スクリーニング

A BMI
0点=>20
1点=18.5~20
2点=<18.5

B 過去3～6か月の意図しない体重減少（率）
0点=>5%
1点=5～10%
2点=<10%

C 5日以上の食事摂取不足、又はその恐れのある急性疾患がある※
0点=無し
2点=有り

スクリーニングスコア

0点：低リスク 1点：中リスク 2点：高リスク

→ 栄養科へFAX

患 者 様 へ

当院では患者様や職員への感染予防の観点から、新型コロナウイルス感染症対策として、次の通り実施しております。

趣旨をご理解いただき、ご入院中の患者様、ご来院の患者様のご協力をお願い致します。

外 来

- ・ご来院の際に、窓口で発熱や咳などの症状が無いか確認させていただいております。
発熱がある場合は検温させていただきます。
- ・ご来院の際は、マスクを着用して下さい。

リハビリ

- ・リハビリを受けていただく患者様は、必ずマスク着用をお願いします。
マスクをお持ちではない患者様には、病院が用意した代替品を着用いただきます。
- ・リハビリ職員はマスクを着用し、患者様のリハビリ実施毎に手洗いを行ないます。
- ・患者様のリハビリ終了毎に、使用した器具やベッド等を都度アルコール消毒致します。

入 院

- ・入院患者様への面会は、原則禁止とさせていただきます。
- ・ご家族の方への手術等の説明は、別室で行なわせていただきます。
- ・入院患者様のリハビリは、状況に応じてベッドで行なわせていただきます。
- ・入院患者様が病棟から移動される際は、マスク着用をお願いします。
- ・外部との接触を避けるため、必要が無い限り2階や1階には行かないようにして下さい。

いとう整形外科病院

感染対策委員長

入院患者様へ

新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ等による**院内感染防止**の観点から、**入院患者様への面会は禁止**とさせていただきます。

また、**院内では必ずマスクを着用**しててください。

感染防止にご理解とご協力をお願い致します。

ご不明な点はスタッフにお問い合わせ下さい。

入院患者様へ

当院は敷地内全面禁煙となっております。
入院患者様が当院の周辺で喫煙されることにより、煙や灰で迷惑していると、近隣の住民から何度も苦情が出ております。
敷地外におきましても、近隣の迷惑となりますので、入院療養中は治療に専念いただき、**禁煙**に努めて下さい。

感染対策について

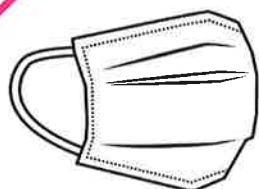
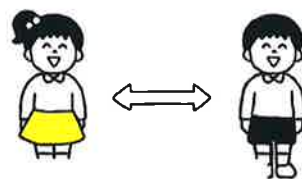
当院では新型コロナウイルスを含む感染対策を実施しています。

しかしながら、市中感染等により院内感染を防げない場合があります。

何卒、ご理解下さい。

また、入院当日は、新型コロナウイルス感染症の検査を施行致します。陽性反応が出た場合は、入院をお断りしております。

院内に感染源を持ち込まない為にも、ご自宅からのお荷物は極力少なくして頂き、積極的にアメニティセットをご利用下さい。
よろしくお願い申し上げます。



当院は院内感染対策として

以下のことに取り組んでいます

ご来院の方へ

- 来院時の体温測定と消毒液の設置
- マスク着用をお願い
- 体調不良の有無に関する問診

院内環境の整備

- 換気とアルコールでの適切な施設内の消毒
- 病室前のハンド消毒薬の設置
- 入院セットの導入により清潔な寝具、タオル類の貸出

職員への対応

- 出勤前の検温と体調管理
- 手洗・手指消毒、マスクの着用
- 休憩時間の分散
- ワクチン接種の奨励

※感染拡大防止のため最善を尽くしておりますが、感染症を0にすることは出来ません。入院中に感染症に罹患することもあります。その際は、病室内の隔離や行動制限等主治医の指示のもと適切に対処していきます。

どうぞご理解、ご協力をお願いいたします。

面会制限緩和 に関するお知らせ

下記の条件のもと面会を再開致します。

☆ 面会時間

14:00～16:00

18:30～19:30

☆ 面会場所

3階ダイルーム（状況によっては別室の場合もあります）

☆ 面会時間

15分

☆ 面会人数

2～3名

☆ マスクの着用をお願い致します。

☆ 体調がすぐれない方のご面会をご遠慮下さい。

☆ 面会ノートに、面会者名、時間の記載をお願い致します。

☆ コロナウイルス、インフルエンザ等の感染症がまん延した場合、急に面会を禁止することもあります。

ご了承下さい。

病院・敷地内での撮影や録音 SNS などへの投稿は ご遠慮願います。

当院では、患者様や来院者、および職員のプライバシー・個人情報保護のため、無断で院内、敷地内での写真・動画撮影や録音を禁止しております。また、ブログや SNS などを含むインターネットへの投稿もご遠慮下さい。

撮影ご希望のかたは職員へ必ずお申し出ください。

注意事項

- ・ 撮影・録音したデータは、目的以外に利用しないでください。
- ・ 不特定多数の方に写真、動画等を拡散しないでください。
- ・ 撮影時に他の患者様や職員が写りこむ場合があります。
撮影方向など十分注意してください。
- ・ 許可を得て撮影したものでも、他の患者さんや職員が写った画像・動画等は使用できません。
- ・ 他の方からクレームなどあった場合は、データの消去をお願いすることがあります。
- ・ 撮影や録音したデータを SNS などのインターネットで公開し問題が発生した場合は、投稿者の責任であり、当院は一切の責任を負いません。

※他者の姿を無断で撮影したり、無許可でネットに公開されたなどの場合には、プライバシー権侵害の可能性があります。

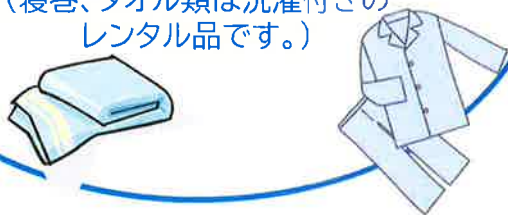
アメニティセット(入院セット)の レンタルサービスのご案内

当院では、患者さまが入院中に必要とされる寝巻・タオル類・日用品・紙おむつのレンタルサービスを導入しております。

- 入院準備の手間が軽減されます
- 洗濯物の持ち込み、持ち帰りの手間が軽減されます
- 院内での衛生管理・環境整備のさらなる徹底

いつでも清潔

常に衛生管理・消毒された清潔な品を提供します。
(寝巻、タオル類は洗濯付きのレンタル品です。)



良質で安心

患者様の状態やサイズに合わせて、品質の良いものを必要なだけご利用いただけます。



紙おむつ



寝巻類



タオル類



日用品



ご利用いただけるアイテムの一部です。(画像はイメージです。実物と異なる場合がございます。)

お気軽に当院スタッフまでお尋ねください。



◆アメニティセット提供業者・お問い合わせ先◆

株式会社 アメニティ

フリーダイヤル 0120-859-957

(土・日・祝日除く 9:30~17:00)



<http://www.amenty.com>
<http://www.amenty.com>



いとう整形外科病院

アメニティセット(入院セット)のご案内

●基本セット●

タイプ	ご利用内容	1日当りの金額
A	○寝巻〔甚平・介護つなぎ・浴衣〕 ○タオル〔バスタオル・フェイスタオル〕 ○入院時に必要な日用品一式	税込440円 × 利用日数
B	○寝巻〔甚平・介護つなぎ・浴衣〕 ○タオル〔バスタオル・フェイスタオル〕 ○入院時に必要な日用品一式 ○口腔ケア用品 (マウスポンジ・口腔ケアシート・口腔保湿剤・ 入歯ケース・入歯洗浄剤)	税込550円 × 利用日数

【提供日用品】

※基本セットをお申し込みの方は必要に応じて下記の日用品を無料でご使用になれます。

共有品: ボディーソープ・リンスインシャンプー

個人用: 歯ブラシ・歯磨き粉・巾着袋・プラスチックコップ・ストローコップ・ウェットティッシュ・
ボックスティッシュ・吸い飲み・巾着



●紙おむつセット●

タイプ	ご利用内容	1日当りの金額
C	○【紙おむつを必要とされる方向け】 〔テープ止めタイプ・パンツタイプ・昼用パッド・ 夜用パッド・介護シート〕	税込440円 × 利用日数



●オプション●

タイプ	ご利用内容	1日当りの金額
D	○テレビ冷蔵庫	税込385円 × 利用日数
E	○テレビ	税込220円 × 利用日数
F	○冷蔵庫	税込220円 × 利用日数
G	○電気シェーバー(販売品)	税込6,000円 × 台数
H	○PH転びにくいシューズ(販売品)	税込3,000円 × 足数
I	○三角巾(販売品)	税込500円 × 枚数
J	○マスク10枚入(販売品)	税込130円 × 袋数

アメニティセットのご案内

当院では、入院に必要とされる衣類・タオル類・日用品・紙おむつ等を「アメニティセット」として導入しております。

「アメニティセット」をお申し込みいただきますと裏面の内容の物品をご利用になれます。

同レンタルシステムは、

- ①院内の衛生管理（感染防止対策等）の徹底
- ②患者様へのサービス向上
- ③ご家族の労力の負担の軽減 を目的としております。

お申し込みいただきますよう、ご理解ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

1. アメニティセット内容及び料金

入院時に必要な衣類・タオル類・日用品・紙おむつ等のレンタルセットです。
詳細内容及び料金につきましては、裏面及び別紙『アメニティセット申込書兼同意書』をご覧ください。

2. お申し込み方法

アメニティセット申込書兼同意書（別紙）に必要事項をご記入の上、売店へご提出ください。

3. お支払い方法

- ・請求書は医療費とは別に株式会社アメニティより郵送いたします。
- ・毎月15日締め、または退院日から3週間前後で請求書をご指定の住所へ郵送させていただきます。

※ご利用料金とは別に払込手数料（税込220円）が加算されます。

請求書に払込手数料の項目が記載されます。

また、ゆうちょ銀行でお支払いいただく際は、別途現金加算料金がかかります。

- ・詳細につきましては、別紙「お支払いに関するご案内」をご覧ください。

4. 問い合わせ先

株式会社アメニティ（お客様相談室）

電話：0120-859-957

営業時間：9：30～17：00（土・日・祝日は休み）



アメニティセット申込書（兼同意書）

株式会社アメニティは、医療法人社団 いたう整形外科病院 のご推薦により、患者様がご入院中に必要とされる『衣類・タオル類・日用品・紙おむつ』等のレンタル商品を取り扱っている業者です。同レンタルは ①院内での衛生管理・環境整備のさらなる徹底 ②患者さんへのサービス向上とご家族の皆様への労力負担の軽減となります。お申込みの際は必要事項をご記入の上、直接病棟スタッフにご提出ください。

【基本セット】※寝巻類・タオル類は殺菌消毒クリーニング付レンタルです。

申込時選択タイプ	ご利用内容	ご利用料金（税込）	
<input checked="" type="checkbox"/> A	○寝巻〔甚平・介護つなぎ・浴衣〕 ○タオル〔バスタオル・フェイスタオル〕 ○入院時に必要な日用品一式	440円	×利用日数
<input checked="" type="checkbox"/> B	○寝巻〔甚平・介護つなぎ・浴衣〕 ○タオル〔バスタオル・フェイスタオル〕 ○入院時に必要な日用品一式 ○口腔ケア用品（マウスポンジ・口腔ケアシート・口腔保湿剤・入歯ケース・入歯洗浄剤）	550円	×利用日数

【提供日用品】※基本セットをお申し込みの方は必要に応じて下記の日用品を無料でご使用になれます。

※口腔ケア用品をお申し込みの方は必要に応じて上記の日用品を無料でご使用になれます。

共有品： ボディーソープ・リンスインシャンプー

個人用： 歯ブラシ・歯磨き粉・巾着袋・プラスチックコップ・ストローコップ・ウェットティッシュ・ボックスティッシュ・吸い飲み

【紙おむつセット】

申込時選択タイプ	ご利用内容	ご利用料金（税込）	
<input checked="" type="checkbox"/> C	○【紙おむつを必要とされる方向け】 〔テープ止めタイプ・パンツタイプ・昼用パッド・夜用パッド・介護シート〕	440円	×利用日数

【オプション】

申込時選択タイプ	ご利用内容	ご利用料金（税込）	
<input checked="" type="checkbox"/> D	○テレビ冷蔵庫	385円	×利用日数
<input checked="" type="checkbox"/> E	○テレビ	220円	×利用日数
<input checked="" type="checkbox"/> F	○冷蔵庫	220円	×利用日数
<input checked="" type="checkbox"/> G	○電気シェーバー（販売品）	6,000円	×台数
<input checked="" type="checkbox"/> H	○ルームシューズ（販売品）	1,800円	×足数
<input checked="" type="checkbox"/> I	○三角巾（販売品）	500円	×枚数
<input checked="" type="checkbox"/> J	○マスク10枚入（販売品）	130円	×袋数

■入院中、紙おむつの使用が必要と病棟スタッフが判断した場合、お申込みとなります。

同意する

※ご確認の上、○をご記入ください。

株式会社アメニティ

ご記入日 令和 年 月 日

お申込み記入欄		・私はアメニティセットの利用にあたり、裏面記載内容を確認し申込致します。 ・（契約者様と代筆者様が異なる場合）私は契約者の同意を得て本書面の記入を代筆致します。	
利用開始日		令和 年 月 日	←ご利用を開始する日を必ずご記入ください。
利用者	フリガナ		フリガナ
	姓	名	姓
下記、右の契約者様と代筆者が異なる場合のみご記入ください。		携帯電話	固定電話
代筆者	フリガナ		住所
	姓	名	
	携帯電話	固定電話	〒
	契約者との関係		都道府県
		利用者との関係	

電話 ☎ 0120-859-957

営業時間：9:30～17:00(土・日・祝日は休み)



①アメニティ控

1905

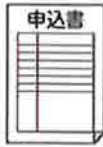
いたう整形外科病院様式

アメニティセットご利用の流れ

ご利用の流れ

■お申し込み

必要事項をご記入の上、アメニティセットをお申し込みください。



■セット受け渡し開始

お申し込み当日よりご利用いただけます。

- ・必要な商品をご提供致します。
- ・症状によりタイプの変更をする場合があります。
- ・不足時はスタッフまでお申し付けください。
- ・利用数、利用有無に関わらず1日の定額料金です。(注：交換枚数ではありません)



お支払までの流れ

■15日締又は退院



■請求書の送付

- ・医療費とは別になります。
- ・締日又は退院後3週間前後でご請求書送付先に郵送させていただきます。
- ・ご利用期間は、ご利用開始日とご利用終了日も各1日(合計2日分)として計算致します。



■お支払

- ・請求書をご確認の上、請求書、又は口座振替でお支払いください。
- ・全国主要コンビニエンスストアでお支払いいただけます。
- ・お支払い期限を超過後未入金の場合、遅延損害金加算をいただく場合がございます。
- ・お支払い時にご利用料金とは別に払込手数料をご負担いただけます。

「口座振替サンプル」



「請求書サンプル」



利用者様各位

- ・アメニティセットの各タイプの商品等については、必要なものを必要時にご提供致します。(いつでもスタッフにお申し付けください)
- ・覆巻・タオル類は殺菌消毒クリーニング付レンタルとなります。覆巻は週2~3回の交換が目安となります。タオル類は必要の都度、必要な枚数だけご使用いただけます。
- ・ご利用内容に記載されている全ての商品がご利用可能となりますが、利用者様の症状により提供されない物もございます。また、症状によりタイプを変更する場合があります。
- ・アメニティ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。このため商品等のご利用数にかかわらず1日当たりセット料金となります。
※日額設定のため、ご利用いただかない商品等がございましたも1日当たりのセット料金をご負担いただけます。
- ・入院セットの利用期間はお申出のあったご利用開始日からご利用終了日となりますので、ご利用開始日が午後であってもその日がお利用開始日となり、ご利用終了日が午前であってもその日がお利用終了日となります。
- ・変更、中止、外泊の場合はスタッフにお申し付けください。入院中に不要になった場合はいつでも解約(中止)できます。
※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。
- ・ご利用料金は(日額×利用日数)となります。ご利用開始日とご利用終了日もご請求となります。
- ・請求書は毎月15日締め、又はご利用終了日締めにて発行し、請求書送付先に郵送させていただきます。医療費は本サービスの請求とは別になれます。
- ・請求書の裏面に記載されているコンビニエンスストアまたはゆうちょ銀行窓口にてお支払いいただくか、別紙の口座振替依頼書に必要事項をご記入の上、口座振替にてお支払いください。
- ・請求書の商品名には、ご利用いただいたタイプのみが表示となります。ご利用タイプの明細につきましては、裏面に記載されておりますご利用内容をご確認ください。
- ・お支払期限を超過しても入金されない場合には、料年に14.6%の遅延損害金を加算させていただきます場合がございます。
- ・ご利用又はお支払い、ご請求に関しましてご不明な点がございましたら下記お客様相談室までご連絡ください。

●お客様の個人情報の取り扱いについて

【利用目的】商品のご提供、ご連絡、請求手続き【業務委託】利用目的達成のために、業務の一部を外部に委託することがあります【共同利用】個人データの項目：利用者の氏名、生年月日、住所、電話番号、支払に関する情報 共同利用者の範囲：いとう整形外科病院 共同利用の利用目的：病院との連携を強化しお客様の利便性の向上を図る。データ管理責任者の名称：株式会社アメニティ【第三者への提供】ありません【個人情報提出の任意性】お客様が弊社に対して個人情報を提出することは任意です。ただし、個人情報を提出されない場合には、弊社のサービスが提供できない場合がございますのでご了承ください【個人情報の開示請求について】お客様には、お客様の個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止を要求する権利があります。詳細につきましては下記の窓口までご連絡ください。
※上記利用目的達成のために、ご利用いただく病院より個人情報を取得する場合があります。その場合もプライバシーポリシーに則り個人情報を適切に取り扱います。

●反社会的勢力の排除について

弊社では申込者または契約者が反社会的勢力及びその共生者に該当する場合は、申込対象外としております。反社会的勢力とは、暴力団、暴力団員、暴力団員でなくなった時から5年を経過しない者、暴力団準構成員、暴力団関係企業、総会屋等、社会運動等標ぼうゴロまたは特殊知能暴力集団等、その他これらに準ずる者に該当するものを指します。

詳しくは利用規約 (<https://www.amenity-ss.co.jp/legal/index.html>) をご確認ください。

問い合わせ先：株式会社アメニティ

電話番号： ☎ 0120-859-957

営業時間：9：30～17：00(土・日・祝日は休み)

<個人情報に関する責任者> 個人情報保護管理者

