

# ■■■ 入院される方へ ■■■

入院日 (西暦) 年 月 日 (曜日)

入院時間 時 分 入院病棟 階の 病棟の予定です。

- 入院予定が平日の方 1階の入院案内にお越しく下さい。
- 入院予定が休日の方 入院病棟に直接お越しく下さい。

## ～ お願い ～

◎地域の支援者(ケアマネジャーなど)がいる方は、入院が決まった事を支援者に連絡してください。

## この冊子に入っているもの

◎提出書類 (病衣等使用同意書・入院同意書)

◎入院の手続き

◎退院時アンケート

## 公立富岡総合病院

電話 0274-63-2111

お問い合わせは、平日 8:30～17:15 は入院案内、時間外・休日は入院する病棟にお願いします。

# 入院同意書

公立富岡総合病院院長 様

入院につきましては、下記の事項を守ることに同意します。

1. 医師・看護師の指示に従い治療に専念します。
2. 退院の指示があった場合は、異議を申し立てず、指定期日までに退院します。
3. 診療費は、請求後1ヶ月以内に支払います。

請求後1ヶ月経過すると当院から「医療費のお支払いについて」の通知をします。  
更に3ヶ月以上経過すると、患者宛に弁護士事務所または、(株)イントラストから通知をします。

## 患者記入欄

入院日	西 暦	年	月	日
フリガナ				
氏 名				
保護者氏名	(患者が未成年の場合のみ記入してください)			
性 別	男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
現住所				
電話番号	(自 宅)	-	-	(携 帯) - -

## 連帯保証人記入欄

フリガナ	カブシキガイシャ イントラスト
氏 名	株式会社 イントラスト
現住所	東京都千代田区麴町1-4 半蔵門ファーストビル2階
電話番号	0120-372-603

私（連帯保証人）は、入院料その他の諸費用の全部又は一部が指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。

当同意書の提出をもって、株式会社イントラストを連帯保証人とする保証委託契約にお申込みいただいたものとします。  
なお、当同意書の記載内容等の個人情報については、院内の規定に基づき取扱い、連帯保証人代行制度の運営に必要な範囲で株式会社イントラストへ提供いたしますので、予めご了承ください。

### 過去3か月以内の入院状況について

入院料算定のために必要です。入院状況についてご記入ください。

なお、退院証明書を提出した場合、以下の記入は不要です。

過去3か月以内に他の病院に入院していたこと                      ある                      ・                      ない

入院していた病院名 \_\_\_\_\_

入院していた期間    西暦                      年                      月                      日                      ～                      西暦                      年                      月                      日

入院の理由（病名） \_\_\_\_\_

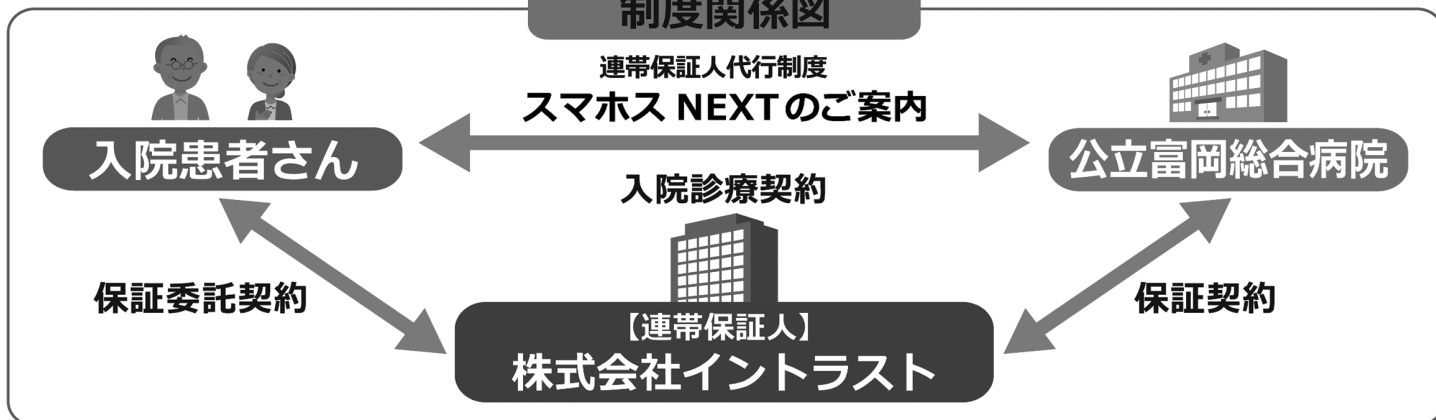
提出先：病棟サービスセンター または 入院案内

# 連帯保証人代行制度 スマホスNEXT のご案内



- 当院への入院にあたっては、連帯保証人代行制度スマホスNEXTを保証料の負担なしでご利用いただけます（連帯保証人：株式会社イントラスト）。患者さんは原則、個人の連帯保証人をご準備いただく必要はありません。
- 入院同意書の提出をもって、下記URLに掲載されている保証委託契約約款の内容について同意の上、株式会社イントラストを連帯保証人とする保証委託にお申込みいただいたものとします。なお、入院同意書の記載内容等の個人情報については、連帯保証人代行制度の運営に必要な範囲で株式会社イントラストへ提供いたします。予めご了承ください。

## 制度関係図



## 保証内容について

### 保証期間

入院日(保証開始日)より  
退院日(保証終了日)まで

< 保証対象外 > 右記に掲げる保証範囲以外に  
入院中に生じた費用

### 保証範囲

- ①入院費用自己負担分
- ②入院費用実費負担分（個室料、食費など）
- ③レンタル費用（病衣など）

※ただし、病院がレンタルしている場合に限りです。  
※保険証をお持ちでない方もご利用いただけます。

## ご注意事項

- 万一、入院患者さんが当院に対してお支払いを延滞した場合、患者さんに代わり株式会社イントラストが保証限度額を上限に入院費用を立替払います。ただし、立替払いした入院費用については株式会社イントラストが入院患者さんへご請求いたします。
- その際には、お支払いのスケジュールなど個別にご相談しますのでご安心ください。
- 反社会的勢力に該当していることが判明した場合には免責となります。

【総合保証サービス会社】



〒102-0083  
東京都千代田区麹町1-4  
半蔵門ファーストビル2F

入院患者さんと株式会社イントラストの間の保証委託契約の内容につきましては、下記のURL若しくは右記のQRコードよりご参照ください。

保証委託契約約款：

[https://www.entrust-inc.jp/service/clause/hospital/indemnity-agreement/2021\\_08.pdf](https://www.entrust-inc.jp/service/clause/hospital/indemnity-agreement/2021_08.pdf)



## コンシェルジュデスク

※お問い合わせの際は、入院される病院名を必ずお知らせください※

☎ **0120-372-603**

【受付時間】 9:00~18:00 (土・日・祝祭日・年末年始を除く)

✉ **sumahosu@entrust-inc.jp**

株式会社イントラストは、東京証券取引所第一部に上場  
(証券コード：7191) している総合保証サービス会社です



# ◎ 入院の手続き

## 1. 入院当日について

---

入院当日は、指定された時間までに1階入院案内にお越しください。

書類、保険証の確認、および簡単な問診を行った後、入院する病棟へ職員がご案内します。

また、入院が休日・時間外の場合は、入院する病棟へ直接お越しください。

## 2. 入院手続きに用意していただくもの

---

保険証等

・ 現在使用している保険証

（社会保険、国民健康保険、高齢受給者証、後期高齢者受給者証など）

・ 福祉医療受給者証、公費受給者証、介護保険証など（取得されている方のみ）

・ 限度額適用認定証（取得されている方のみ）

入院同意書

病衣等使用同意書（病衣を使用する方のみ）

手術、検査等同意書（手術・検査を受けられる方のみ）

## 3. 入院時の持ち物について（お願い）

---

○ 持ち物は最小限にお願いします。

身の回りのものを入れる床頭台のサイズは

（高さ170cm・幅55cm・奥行60cm）です。

（持ち物のリストは次ページをご覧ください）

○ 現金や貴重品・貴金属類等は紛失・盗難等の心配がありますので、必要以上にお持ちにならないようお願いします。

○ 刃物等危険物（ナイフ、カッター、はさみ、カミソリ、爪切り、ライター等）の持ち込みはお断りしております。

○ パソコン等の持ち込みは、入院する病棟の看護師にご相談ください。

○ 電気毛布は、持ち込み可能です。

必ず名前を記入してください。

○ 入院中は、原則、他医療機関を受診して薬の処方を受けることができません。現在使用している薬をすべてお持ちください。



（床頭台イメージ図）

## 4. その他

---

○ 入院中の駐車はご遠慮ください。

○ マニキュア、ジェルネイルなどは、入院前に必ず落としてください。

○ 長期にオムツを利用される方は、売店でオムツの契約を行っています。ご希望の方は、売店で手続きをしてください。



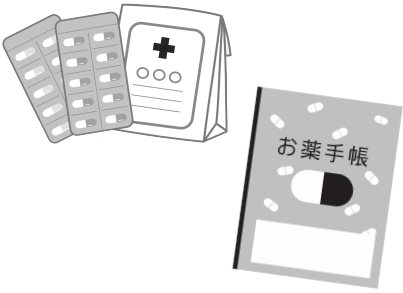
# ●ご自分で用意していただくもの

忘れ物チェックにご利用ください。

\*すべての持ち物には名前を記入してください（テープなどでの記入も可）

\*治療内容により入院時の持ち物を追加する場合があります。

\*手術に関する持ち物は看護師から説明します。

<p><input type="checkbox"/> パジャマ</p> <p>*病院でも用意しています。 有料 1日44円（税込）希望される方は、病衣等使用同意書の提出をお願いします。</p> 	<p><input type="checkbox"/> カーディガン等の羽織るもの</p> <p><input type="checkbox"/> 下着</p> 	<p><input type="checkbox"/> ボディソープ</p> <p><input type="checkbox"/> シャンプー・リンス</p> <p><input type="checkbox"/> 歯磨きセット</p> <p><input type="checkbox"/> うがい用のコップ（割れないもの）</p> <p><input type="checkbox"/> ティッシュペーパー（箱）</p> 
<p><input type="checkbox"/> マスク</p> <p>*入院中、交換用のマスクもご用意ください。</p> 	<p><input type="checkbox"/> タオル（フェイス・足ふき）</p> <p><input type="checkbox"/> バスタオル</p> <p>*浴室には、足ふきマットを備え付けてありません。 必要な方はご用意ください。</p> 	<p><input type="checkbox"/> はきなれた運動靴</p> <p>*転倒の危険性があるのでスリッパやサンダルなどは控え、かかとのあるものをご用意ください。</p> 
<p><input type="checkbox"/> ゴミ入れ用のビニール袋</p> <p>*転倒の危険性があるので各自のゴミ箱を用意しておりません。</p> 	<p><input type="checkbox"/> イヤホン （テレビ・ラジオを利用する方）</p> <p>*テレビやラジオを使用する場合には、イヤホンを使用して視聴していただきます。 *各階販売機または売店で購入できます。</p> 	<p><input type="checkbox"/> 服用中のお薬・お薬手帳</p> 
<p><b>【必要時】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 電気ひげそり</p> <p><input type="checkbox"/> 置き時計</p> <p><input type="checkbox"/> 眼鏡、</p> <p>コンタクトレンズ、保存容器</p> <p><input type="checkbox"/> 義歯、保存容器</p> <p><input type="checkbox"/> 補聴器</p> <p><input type="checkbox"/> 必要な方のみ</p> <p>使いやすい箸、スプーン プラスチックコップ等</p> 	<p><input type="checkbox"/> 入院のご案内 （みどり色の冊子）</p> 	<p><input type="checkbox"/> 認印（朱肉を使うもの）</p> <p><input type="checkbox"/> 保険証・診察券</p> <p><input type="checkbox"/> 同意書等書類</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険証 （対象者の方）</p> 

# 退院時アンケート

## ～退院時アンケートへのご協力のお願い～

当院では、入院された方からご意見を伺うため、退院時アンケートにご協力をいただいております。みなさんからいただいた意見を参考にし、より信頼される病院づくりに向け、職員一同、励んで参りますので、率直なご意見の記入をお願いします。

個人情報保護に基づき、ご記入いただいた個人情報は当院にて厳重に管理し、病院のサービス向上の目的以外では使用いたしません。公立富岡総合病院 院長

**\*各設問の該当する数字に○を付けていただき、投書箱「皆様の声」へ投函してください。**

設置場所：2Aデイルーム、2階家族待合室前、3階・4階・5階の南側エレベーターホール、PCU面会コーナー、1階エントランスホール

記入日(西暦) 年 月 日 入院病棟 病棟

お名前 年齢 歳 男性・女性  
(お名前は無記名でもかまいません)

◆アンケートにご記入いただいている方は、患者さんご本人ですか。

1. 本人      2. 家族      3. その他

◆当院に入院されて、総合的に満足のいく入院診療を受けることができましたか。

1. 満足      2. やや満足      3. やや不満      4. 不満

◆担当した医師は、病気や治療についてわかりやすく説明しましたか。

1. 満足      2. やや満足      3. やや不満      4. 不満

◆職員(医師、看護師、その他)の言葉使いや態度、身だしなみはいかがでしたか。

1. 満足      2. やや満足      3. やや不満      4. 不満

◆ご意見やご要望など、ご自由にご記入ください。

◆◆ ご協力ありがとうございました ◆◆