

入院のご案内

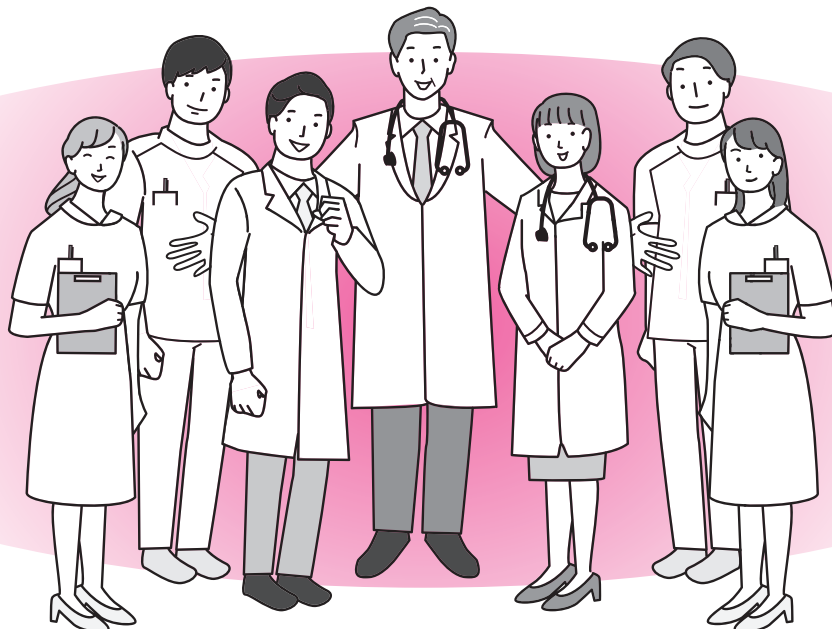


北九州市立医療センター

〒802-8561 北九州市小倉北区馬借2丁目1-1 電話 093-541-1831(代表)
ホームページアドレス <http://www.kitakyu-cho.jp/center/index.html>

目次

1. 入院される方へ	3
2. 入院の手続きについて	4
3. 入院生活のご案内	5
4. 入院費の支払い（精算）について	9
5. 退院手続きについて	9
6. 個人情報保護について	10
7. 医療相談窓口について	11
8. 診断書・証明書について	12
9. 全館案内図について	12
10. 病院1階案内図	13
11. 病院2階案内図	13
12. 院内駐車場について	14
13. 患者の皆様を対象に行う健康状態把握のための調査について	14
○入院中の他医療機関の受診について	15



基本理念

わたくしたちは公共的使命を自覚し
心のこもった最高最良の医療を提供します



基本方針

- 1 患者さんの権利 個人情報を保護し 患者さんの立場に立った医療を行います
- 2 十分な説明と同意による信頼関係のもとに 患者さんが満足できる医療を行います
- 3 安心かつ安らぎが得られる質の高い医療をめざし 安全管理を徹底します
- 4 常に研鑽して最高水準の医療知識・技術を習得し あわせて温かい心を持つ医療人をめざします
- 5 地域における役割を自覚し 地域の医療機関とともにその責務を果たします
- 6 合理的かつ効率的な病院経営に努めます

1 入院される方へ

当院は地域医療支援病院であり、地域の急性期病院としての役割を担っています。入院中は患者さんが治療に専念できるように、各診療科が協力して診療させていただきます。また、快適で安心な入院生活を送れるように医療スタッフ(看護師、薬剤師、栄養管理士、臨床検査技師、診療放射線技師、リハビリテーション技士、臨床工学技士等)がサポートさせていただきます、かつ、一日も早く入院前の社会生活に戻れるように、看護師、医療ソーシャルワーカー等が支援させていただきます。

- ※入院中は、他の医療機関での保険診療が受けられません。
- ※入院目的と関連のない病気の治療については、緊急時を除き、退院後にお願いする事があります。主治医等へのご相談が無く、外出や外泊の時に他の医療機関を受診したり、ご家族の方による投薬等のための受診はお控えください。
- ※当院での急性期診療の目途がついた時期に退院又は転院のお願いをさせていただく場合があります。
- ※検査・手術説明時には、ご家族の同席をお願いすることがあります。
- ※入院前から服用中のお薬がございましたら、必ず全てお持ちください。当院ではお薬の重複を防ぐため、入院時に持参薬の確認を行っています。
- ※入院中の患者さんの時間外診療については、場合によっては主治医ではなく、指示を受けたチームの時間外勤務医が対応することがあります。
- ※緊急時を除き、土日祝日や時間外の病状説明の面談等は、原則お約束いたしかねます。なお、時間内にお約束をしていますが、急病の患者または手術対応等やむを得ない事情で、お約束の時間よりお待たせすることがありますので、申し訳ございませんが、予めご了承ください。

2 入院の手続きについて

下記の必要書類や入院生活に必要なものをご持参ください。



● 入院当日 ●

- ① 入院当日受付(2階・2番)にて手続きを行ないますので、指定の時刻にお越しください。
- ② 窓口での手続きが終わりましたら、入院される病棟へお越しください。
荷物を運ぶカートは、正面玄関にありますので、ご利用ください。
- ③ 土・日・祝日・時間外に入院された方は、平日の8:30~17:00までの間に80番・患者支援センターにお越しいただき、必要な書類の提出と保険証・各種医療証等の提示をお願いします。

● ご用意いただくもの ●

必要な書類など	<input type="checkbox"/> 入院申込書兼誓約書	巻末にありますので、事前に必要事項を油性ボールペンで記入し、認印で押印後、切り取って、入院当日受付(2階・2番)へご提出ください。
	<input type="checkbox"/> 入院期間確認書及び長期入院料支払い同意書 (直近3か月以内に入院歴がある方のみ)	
	<input type="checkbox"/> 実費徴収に関する説明書	
	<input type="checkbox"/> 退院証明書 (直近3か月以内に他の病院に入院歴がある場合)	入院当日受付(2階・2番)へご提出ください。
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	保険証・各種医療証お持ちの方は、必ず入院当日受付(2階・2番)にご提示ください。また、入院中に新しく介護保険の認定を受けられた方や要介護度の変更があった方は、計算窓口(1階・3番)へご提示ください。
	<input type="checkbox"/> 公費負担医療証(障がい者・乳幼児・ひとり親・特定医療等)	
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	入院時に、病棟へご提出ください。
	<input type="checkbox"/> 診察券	
<input type="checkbox"/> 入院連絡票 <input type="checkbox"/> 個人情報保護についての説明書	巻末にありますので、事前に必要事項を油性ボールペンで記入し、切り取って、病棟へご提出ください。	

入院生活に必要なものなど	<input type="checkbox"/> 洗面・入浴用品	石けん、シャンプー等も準備してください。入院セット「日用品」の購入も可能です。
	<input type="checkbox"/> 食事用品 <small>(湯呑み、急須、水筒など 破損しにくい物(プラスチック等))</small>	スプーンやフォークが必要な方はご用意ください。お箸はご用意しています。
	<input type="checkbox"/> 服薬中のお薬など <input type="checkbox"/> お薬手帳 入院時に、病棟に提出してください。	・現在飲まれているお薬、飲まれているお薬の内容が書いているもの(お薬手帳)など。 ・その他自己注射をされている方は器具一式。
	<input type="checkbox"/> 衣類・雑貨 <small>(下着、寝巻、はきもの、ティッシュ ペーパー、イヤホン(テレビ使用時)など)</small> <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 時計	入院セット(寝巻・タオルセット等)のレンタルもご利用いただけます。
	<input type="checkbox"/> 印鑑(認印)	押印が必要な場合もあります。認印をご用意ください。

- ・個人の持ち物には、必ずお名前をお書きください。
- ・盗難防止のため、現金所持はなるべく小額でお願いします。
- ・テレビは備えつけのものをご利用ください。
専用のテレビカードをご使用ください。
- ・病院内の備品を破損した場合は、自己負担になりますのでご了承ください。



● 有料個室（自費）について（使用料・設備一覧）

個室料、設備については、下記表のとおりとなっております。

料金(円)/日	風呂	シャワー	テレビ	冷蔵庫	トイレ	ソファー	ロッカー
5,500円			●	●		●	●
8,800円			●	●	●	●	●
13,200円		●	●	●	●	●	●
22,000円	●	●	●	●	●	●	●

各病棟の個室の種類については、下記表のとおりとなっております。

料金(円)/日	5北	5南	6北	6南	7北	7南	8南	別3	別4	別5
5,500円	●	●	●	●	●			●		
8,800円	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
13,200円	●	●	●	●		●				
22,000円					●			●		●

- ・入院申込時に有料個室を希望されていても、状況によっては当日個室の準備ができない場合があります。ご了承ください。
- ・個室使用料は、泊数や時間単位ではなく、1日単位でのご請求となります。このため、「入院された日」、「外泊中」、「退院された日」も使用料がかかります。また、個室を移動された日の使用料は、移動後の個室料金とさせていただきます。

3 入院生活のご案内



● お願い

- ① **病院の建物内及び敷地内での喫煙は禁止です。＊電子タバコ含む**
また、敷地外であっても、病院周辺の公道での喫煙もご遠慮ください。近隣住民の方々からの通報・苦情が当院に多数寄せられています。（特に、時間外窓口付近の歩道橋柱、西口側（駐車場側）出入口での喫煙について通報が寄せられています。喫煙が判明した場合は、退院していただくことがあります。）
ご理解、ご協力くださいますようお願いいたします。
- ② 安全な入院生活を過ごしていただくために

(1) 誤認防止

安心・安全に療養が行えるよう、ネームベルトの着用をお願いしています。
本人確認を行うため、氏名を名乗っていただきます。

(2) 転倒防止

脱げにくい・滑りにくい、安全な靴をお履きください。スリッパやサンダル、クロックス等は危険です。

(3) 感染防止 ※感染症拡大状況により、変更となる場合もございます。

咳や熱のある方は、入院中でもマスクの着用をお願いしています。
咳や熱のある方の面会は、ご遠慮ください。
感染防止の観点から、小児の面会は控えてください。
マスクは、売店・自動販売機で販売していますので、ご利用ください。
擦式消毒剤を設置していますので、適宜ご利用ください。



(4) その他

ナイフやはさみなど、刃物類の持ち込みは禁止しております。
暴力、暴言、飲酒、喫煙などの迷惑行為や無断離院などの禁止行為は、退院の対象となります。

●食事について

食事時間	朝食	昼食	夕食
		7時30分頃	12時頃

食べ物の持ち込みはご遠慮ください。(配膳順により、15分前後の時間差があります。)
 一般食のみ、希望により食事を選択することができます。

アレルギーなどがある場合は特別なメニューを提供していますのでお申し出ください。
 患者さんの都合により欠食される場合、食事変更の締め切り時刻を過ぎて欠食されても、食費が発生します。ご了承ください。

※食事変更締め切り時刻

朝食	昼食	夕食
前日の16時	当日の10時30分	当日の15時

●入院中の食事負担額について

(この負担額は高額療養費制度の対象にはなりません)

入院中の食事についてご負担いただく金額は次のとおりです。

○保険適用の場合 **1食につき460円**

ただし、次に該当する場合はそれぞれ以下の金額に減額されます。

① 市町村民税非課税世帯に属する方などで、標準負担額の減額認定を受けている場合	1食 210円
② ①かつ、過去1年間の入院日数が90日を超えている場合	1食 160円
③ 市町村民税非課税世帯に属する方などで、老齢福祉年金を受給している場合	1食 100円

※「限度額適用・標準負担額減額認定証」、「標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、ご提示ください。

●入浴について

入浴は許可が必要です。入浴方法については、各病棟でお尋ねください。

●洗濯について

各病棟のコインランドリー(洗濯機・乾燥機)をご利用ください(有料)。

●ランドリー(1回/100円) ●乾燥機(30分/100円)

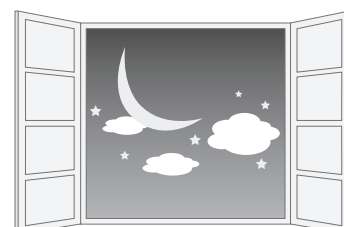
※テレビカードのみご利用いただけます(現金使用不可)

洗剤は各自ご用意ください。(売店でも販売しています。)

利用時間(7時～19時)内でのご利用をお願いします。

●消灯時間

22時～6時。消灯時間内は、静かにお過ごしください。



●外出・外泊について

外出・外泊時は主治医の許可のもと「外出・外泊届兼許可証」が必要となります。
やむを得ない理由で希望される場合は、一泊を限度に主治医の許可をとってください。
(無断外出・外泊時の事故や急変は責任を負いかねます。また、場合によっては退院していただく
ことがありますのでご了承ください)病棟を離れる際は、必ず看護師にお伝えください。

●盗難防止について

現金や貴重品はなるべく置かないようにしてください。やむを得ずお持ちの場合は、備付けの鍵
のかかる引き出しに保管してください。
ナースステーションでのお預かりもできかねますのでご了承ください。
盗難についての責任は、当院では負いかねますのでご了承ください。

●テレビの使用について

テレビは必ずイヤホンをご使用ください。売店でも販売しています。
テレビを視聴される際は、所定のテレビカードが必要です。テレビカード販売機は各階のデイ
ルームに、精算機は1階売店付近にあります。

●携帯電話・スマートフォン・患者用Wi-Fiの使用について

入院期間中、利用規約に同意の上、患者用Wi-Fiを利用することができます。利用料金は無料
ですが、他の患者さんの迷惑にならないようご注意ください。詳細については、病棟に掲示し
ている「患者用Wi-Fiのご案内」をご覧ください。

使用場所とマナーをお守りください。通話可能な場所でも夜間・早朝の通話、
大声や長電話など周囲の方の迷惑とならないようご配慮ください。

- 医用電気機器からは1m以上離してご使用ください。
- 録音機能・カメラ機能の使用は、個人情報の保護、医療情報漏えい防止のため、お控えください。
- 職員が使用しているPHSは医療用PHSであり、安全性が確認されています。



患者用Wi-Fi
QRコード

【使用可能区域】	通話、メール・Web等使用可能です。 (主な場所) 廊下、エレベーターホールなどの共通部分、個室の病室、プレイルーム、 デイルーム ※3南病棟では通話以外の機能(メール、Web等)のみ使用可能です。 (個室以外の病室での通話は必要最小限にお願いします)
【通話禁止区域】	電源を切る必要はありませんが、マナーモードにしてください。 (主な場所) 待合室、診察室、治療・処置室、病室内(大部屋) 検査室(電源を切っていただく場合があります)
【電源OFF区域】	電源を切ってください。 (主な場所) 中央手術部、集中治療部、NICU

●電気製品の使用について

使用できる電気製品は、電気かみそり、携帯電話、パソコンなど、必要最低限なものに限らせていただきます。

なお、延長コードや二股コンセントを使用することはできません。

テレビや電気ポット、電気毛布、加湿器などの持ち込みはご遠慮ください。

●面会について

【面会時間】 ※感染症拡大状況により変更となる場合がございます。

一般病棟	13時～19時 ※土日祝日は、10時～19時
集中治療室	13時～19時 (1回に3人まで、30分以内)
新生児集中治療室	10時～16時 (火・木は時間設定が異なります) 17時～19時

【面会時の注意】

面会時は、ナースステーションもしくは時間外通用口で面会手続き用紙のご記入をお願いしております。備え付けの名札を付けて面会していただき、お帰りの際は名札の返却をお願いします。

名札のない方の面会をご遠慮いただいております。

【受付時間及び受付場所】

	面会受付時間	面会受付場所
平日	13時～17時	ナースステーション
	17時～19時	時間外通用口
土・日・祝日	10時～19時	時間外通用口

お願い

多人数やお子様連れの面会は、ご遠慮ください。

面会は、各階のデイルームをご利用ください。

回診などで面会をお待ち頂く事がありますのでご協力ください。

集中治療室、新生児集中治療室、8南病棟で面会を希望される方は、ナースステーションでお尋ね頂き、看護師の指示に従って面会してください。(8北病棟・8南病棟は新生児や産科の病棟です。15歳以下の方の面会は、お断りしています。)

熱や咳のある方の面会は原則お断りしています。



●セカンドオピニオンについて

入院中の診療について、他医療機関等の医師の意見(セカンドオピニオン)をお求めの患者さんは、主治医にお申し出ください。

必要な医療情報をお渡しします。

●その他

・当院は、臨床研修医・看護学生・リハビリテーション・救急救命士等の実習施設になっています。ご協力をお願いします。

・当院では、患者さんやご家族からの謝礼や贈り物などは、お断りしています。

・当院は、医師の指示のもと特別な研修を受けた特定看護師が、定められた診療行為の一部を行います。希望されない場合は、お申し出ください。

4 入院費支払い(精算)について

- ① 退院時に、会計窓口(1階・5番)にて請求書をお渡ししますので、当日中にお支払いください。
- ② 月をまたいで入院される方は、前月末締めで月の10日頃に請求書を病室にお届けします。支払期限が記載されていますので、期限内にお支払いください。また、毎月1回、月初めに保険証等を確認しますので、初診受付(1階・1番(13:00~16:00))、(左記時間以外は1階・8番)にご提示ください。
- ③ 保険証等の内容に変更があった場合は、すみやかに新しい保険証等を、初診受付(1階・1番(13:00~16:00))、(左記時間以外は1階・8番)へご提示ください。
- ④ クレジットカードでのお支払いが可能です。

使用できるカード



【休日退院の場合のお支払いについて】

- ・次回の診察予約がある場合 → 次回診察時にお支払いをお願い致します。
- ・次回の診察予約が無い場合 → 後日お支払いをお願い致します。

(窓口(平日8:30~17:00)または銀行振込)

※銀行振込の場合、手数料は患者さんのご負担となりますので、ご了承ください。

※上記についてご不明な点は、病棟スタッフにお尋ねください。

【お支払い場所】

本館1階 会計窓口(1階・5番) 平日(祝日除く)8:30~17:00

土、日、祝日、時間外(17時以降)については、時間外通用口(夜間窓口)(90番窓口)にて、支払いのみお受けしています。

5 退院手続きについて

主治医から退院の許可が出ましたら、入院費等を精算して退院となります。

- ① 診察券・次回の診療予約票・お薬(退院処方)等を病棟にてお渡しします。
- ② 請求書等の準備ができた旨の連絡を受けたら、会計窓口(1階・5番)で、「請求書」を受け取り、精算を完了後、退院となります。

※ 退院後に追加請求が発生する事があります。あらかじめご了承ください。

6 個人情報保護について

●個人情報の利用目的について

当院では、患者さんの個人情報を23ページ記載の目的で利用させていただくがございます。

これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて患者さんから同意をいただくことにしています。

●個人情報の開示・訂正・利用停止について

当院では、患者さんの個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましては、「北九州市個人情報保護条例」の規定に従って進めております。

手続きの詳細や、ご不明な点は、医療情報管理室までお尋ねください。

※その他個人情報保護に関する詳細は、23ページに添付の「個人情報保護についての説明書」に記載をしております。ご確認の上、個人情報保護についての同意書にご記入をお願いします。

7 医療相談窓口について

当院の相談窓口は、医療相談窓口(1階・80番 患者支援センター内)とがん相談支援センター(1階・55番)があります。医療相談について、お気軽にご相談ください。

ご相談内容によって、医療ソーシャルワーカー、看護師、医療安全管理者、医事係職員がご相談をお受けいたします。

◆医療相談窓口

場所：1階・80番 患者支援センター内 **受付時間**：平日8:30～16:30

- 入院・外来受診に関すること
- 入院費など、経済的な問題に関すること
- 心理的問題に関すること
- 社会福祉的問題に関すること
- 社会福祉制度に関すること
- 介護に関すること
- その他のご相談



■医療安全に関するご相談

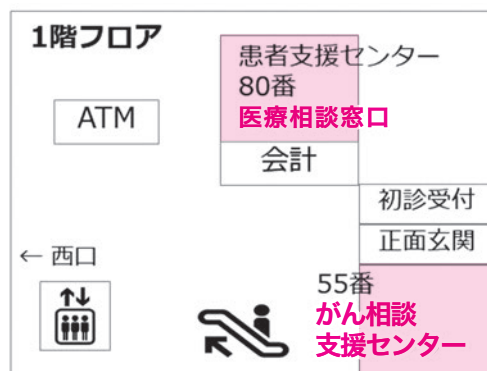
患者さんからの相談内容で、医療安全に係わりがあると判断された事例については医療安全管理者に対応しています。ご相談および苦情等の申し立てによって、患者さんやご家族の方等が不利益を受けることはありません。また、問題解決のため以外に、ご相談内容や個人情報を他に提供することはありません。

◆がん相談支援センター

場所：1階・55番 正面玄関左横 **受付時間**：平日8:30～17:00

当院は地域がん診療連携拠点病院の指定を受けており、がんに関する相談窓口を設置しています。以下のようなことでお困りの場合は、お気軽にご相談ください。

- がんの病気や治療について
- 心の悩みについて
- 療養生活について
- 治療中や治療後の仕事について
- 患者会について
- 生活や経済的なことについて
- がんのセカンドオピニオンについて など



8 診断書・証明書について

各種診断書・入院証明書などが必要な方は、診察券を持参して文書受付(1階・4番)にご依頼ください。

各種証明書については、通常、できあがるまでに2-3週間程度かかります。

文書の種類		料金(税抜き)
普通診断書		1,500円
特殊診断書	自賠償診断書	4,000円
	生命保険等診断書	4,000円
	障害年金裁定請求診断書	4,000円
	身体障害者診断書	3,000円
	休職職員復職診断書	3,000円
	公務員公傷診断認定意見書	3,000円
	健康診断書	3,000円
	医療証明等具体的診断書	3,000円
自賠償明細書		3,000円
諸証明書		1,500円

※上記以外の診断書料金については、1階・4番窓口にお問い合わせください。

入院証明書については、退院日以降の受付となります。(平日8:30から17:00まで)

9 全館案内図について

本館

別館		南病棟	北病棟	管理棟	
6F 講堂 会議室		8F 総合周産期母子医療センター MFICU/産婦人科 NICU/GCU			
5F 緩和ケア病棟		7F 呼吸器内科/循環器内科/心臓血管外科 内分泌代謝・糖尿病内科/総合診療科	呼吸器外科 呼吸器内科	5F	
4F 耳鼻咽喉科 脳神経外科 内療内科		6F 整形外科/麻酔科	女性病棟/消化器・乳腺甲状腺外科 婦人科/泌尿器科	4F	
3F 内科 腫瘍内科		5F 消化器センター 消化器・乳腺甲状腺外科/消化器内科	消化器・乳腺甲状腺外科 泌尿器科	3F	
2F 外来診療部 放射線部		4F 外来化学療法センター がんゲノム外来/緩和ケアセンター 緩和ケアセンター外来	小児科/小児外科 内科/皮膚科/眼科	2F 西2病棟	
1F		3F 手術部 集中治療部	臨床検査部 病理診断科	1F	
B1		2F 入院当日受付/外来診療部/放射線部/生理機能検査 リハビリテーション/内視鏡検査/緩和ケアセンター外来		B1	
		1F 外来診療部/放射線部/患者支援センター(医療連携室・医療相談 窓口・入退院支援窓口)/初診受付/医事(計算窓口・文書受付・退院 受付・会計)/がん相談支援センター/中央処置室/時間外診療室			
		B1 放射線部(治療)/栄養/中央材料室/物品管理室/薬剤課			

○売店①

営業時間 平日 7:00~19:30
土、日、祝日 7:30~19:00

○ヘア&ウィッグ

営業時間 平日 10:00~17:00

○キャッシュコーナー(福岡銀行)

営業時間 平日 9:00~17:00

○売店②(医療・介護用品)

営業時間 平日 9:00~15:00

○自動販売機

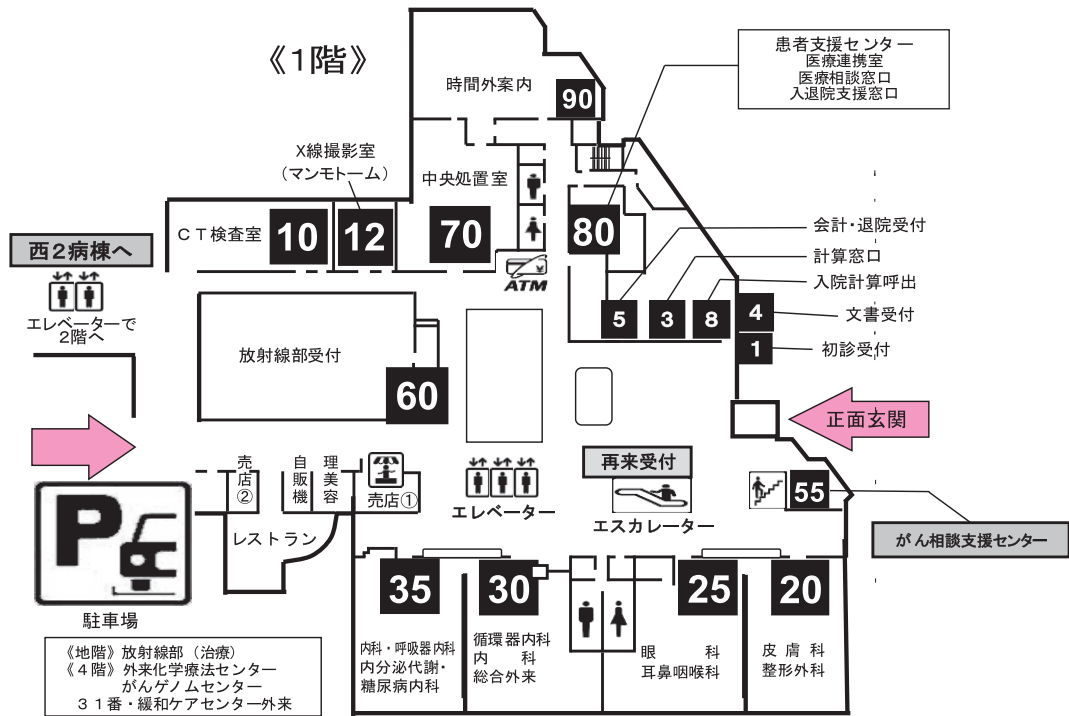
本館1階(ヘア&ウィッグの隣)、2階エコー検査室前、4階エレベーターホール付近、別館2階エレベーターホール付近に設置しています。

○アピアランスケアルーム(おしゃれサロン「りぼん」)

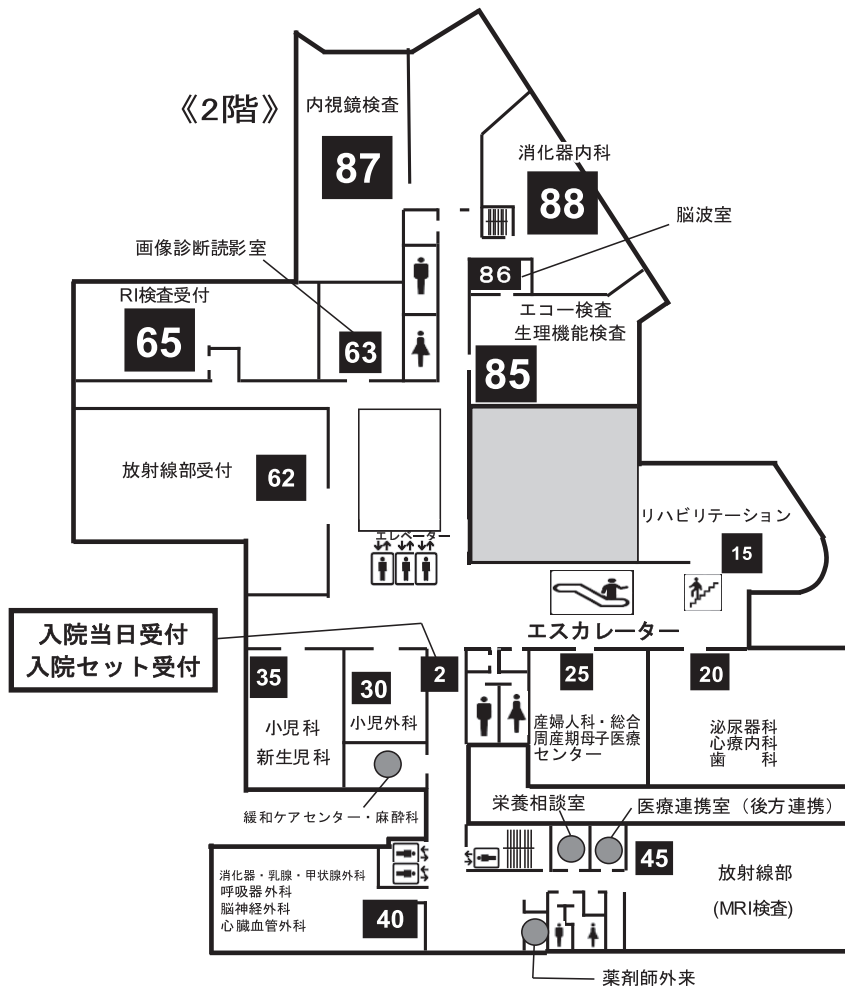
開催日時 毎週木曜日 本館4階
女性 12:00~15:00
男性 15:00~15:30

※新型コロナウイルス感染拡大状況により、中止となる場合がございます。

10 病院 1 階案内図



11 病院 2 階案内図



12 院内駐車場について

【料 金】

(平成26年9月1日改正)

駐車料金表	
一般市民	30分ごと150円
面会者	2時間まで100円 以後30分ごと150円
外来患者本人	3時間まで100円 以後30分ごと50円 但し、12時間まで500円 *印の方については料金割引の患者料金証明書を発行しますので、病棟看護師にお申し出ください。
外来患者の付き添い人	
*入退院時の付き添い人	
*重篤患者の家族・親族(病院からの呼出含む)	
*小児病棟における父母等の付き添い	
*長時間の手術を待つ患者の家族、親族	

- ・3番計算窓口(土日祝日・夜間は時間外案内)で駐車券に磁気処理を受けてください。磁気処理の無いものは患者料金の適用はできませんので、ご注意ください。
- ・長期間ならびに入院患者さんの駐車はご遠慮ください。
- ・入院患者の付き添いは病院が認めた方が対象となります。

13 患者の皆様を対象に行う健康状態把握のための調査について

当院は高度総合診療施設としての機能を果たす一方で、国の規定する臨床研修指定病院、総合周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院等の指定を受けております。

また、前述の多様な機能を果たす一方で、併せて、患者の皆様の健康状態を調査することが指定等をうけた医療機関の責務となっております。

従いまして、入院、外来受診の如何を問わず、対象となられた方に対しまして、健康状態等の調査把握のため、文書による調査、各自治体への照会、稀に電話による聞き取り調査等を行わせていただくことがありますので、対象となられた場合におきましては、誠にお手数かと存じますが、当院の事情をご賢察頂き、調査へのご協力をお願いいたします。

なお、一度の調査ではなく、一定の期間をおいて、定期的(継続的)に調査を行う場合もありますので、その際にもご協力を賜りますよう重ねてお願いいたします。

入院関係書類及び同意書の記入について、

フリクション等、消せるボールペンはご使用いただかないようお願いいたします。

フリクション等、消せるボールペンで記入された入院関係書類及び同意書は、取扱い等により記入した内容が消失される可能性があります。

消せるボールペンで作成された入院書類は受付ができませんので、再度記入をお願いすることがあります。ご協力をお願いいたします。

入院中の他医療機関の受診について

当院は、平成21年7月より、「DPC対象病院」となっております。

このため入院中に、保険扱いによる他の医療機関受診（お薬の処方も含みます）はできません。

ご入院中に持参された薬が切れたり、他院の予約が重なっておられる場合は、当院医師や看護師にご相談ください。当院で診療可能であれば受診していただきます。もし、当院で診療できないと主治医が判断した場合は、事前に受診先の病院と当院で診療費のお支払方法等の調整を行う必要がありますので、必ずご相談くださいますようお願いいたします。

受診できない例

- 当院入院中に、『他の病院や医院の先生に処方してもらった薬』が切れる。
- 他の病院や医院の先生に処方してもらった薬を飲みたい。
- 当院に入院している間に『他の病院や医院の診療予約日』が来る。
- 持病があるため、『当院病院から出ている薬』とは違う薬が飲みたい。
- 当院の他に、『定期的にかかっている病院や医院』がある。

ご家族の方が取りに行くこともできません。

このような場合は、主治医や看護師にご相談ください。

もし、ご相談無しに他の病院や医院を受診された場合、その費用は健康保険適応外となり、100%患者さん負担となるだけでなく、かかれた医療機関にもご迷惑をおかけすることになりますので、ご注意くださいますようお願いいたします。

入院申込書兼誓約書

北九州市立医療センター 院長 あて

今般貴院に入院し、診療を受けたいので、連帯保証人連署のうえ、申し込みます。入院については、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。

記

- 1 入院料その他の諸費用については、入院者、連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。
- 2 本人の身元については、申込者または連帯保証人において、一切引き受けをいたします。
- 3 退院を指示された場合は、指定の期日に申込者または連帯保証人の責任において引き取ります。
- 4 貴院から指示された書類・証明書等は、指定の期日までに提出いたします。
- 5 迷惑行為等で院内秩序を乱した場合、いつ退院となっても異議を申しません。

※自署の場合は押印を省略することができます

入院者	フリガナ		入院日	年 月 日
	氏名	様 ㊟	男	生年月日
	現住所	〒 —	女	年 月 日
			電話番号	() — —
	勤務先		携帯電話	() — —
電話番号			() — —	

申込者	フリガナ		入院者との続柄	
	氏名	様 ㊟	男	生年月日
	現住所	〒 —	女	年 月 日
			電話番号	() — —
	勤務先		携帯電話	() — —
電話番号			() — —	

※入院者と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。

※入院者が未成年者の場合、申込者欄は親族または成年者の方でお願いします。

連帯保証人	フリガナ		入院者との続柄	
	氏名	様 ㊟	男	生年月日
	現住所	〒 —	女	年 月 日
			電話番号	() — —
	勤務先		携帯電話	() — —
電話番号			() — —	

※連帯保証人は、入院者と別に生計を営んでいる成年者の方でお願いします。（配偶者不可）

点線から切り取り、入院当日の場合は【2階2番入院当日受付】にご提出ください。

入院当日以外の場合は【1階80番患者支援センター】にご提出ください。

極度額15万円

診 察 券



～ 長期入院料に関するご説明 ～

平成14年4月1日の診療報酬改定により、同じ病気で病院・診療所に通算で180日を超えて入院されている方は、これまでの一部負担金以外に入院基本料の一部を自己負担していただくことが国の法律で定められました。

これを受け、平成16年4月1日より、該当する患者さまから「長期入院料」をご負担いただくことになりました。

●長期入院料をご負担いただく患者さま

対象となる患者さまは「同じ病気ご入院の方で、通算の入院期間が180日を超える方」です。この入院期間には、当院だけでなく、他の病院・診療所の入院日数も通算されます。

また、病院・診療所を退院後、3ヶ月以内（悪性腫瘍の場合は1ヶ月以内）に再入院される方は、以前までの入院日数が通算されます。なお、別の病気で入院される方は、その時点から新たな入院期間となります。

ただし、難病や悪性腫瘍でご入院の方や重症の方で、国が定める状態にある方は、入院期間が180日を超えても長期入院料をご負担いただく必要はありません。ご自分の病状が該当するかどうかは主治医におたずねください。

●長期入院料の金額

1日あたり、入院基本料の15%です。

この料金は、保険適用外のため、全額を患者さまにご負担いただくこととなります。

●入院期間の確認について

この制度では、患者さまは入院時にご自分の入院履歴を正確に病院・診療所に申告することが義務付けられております。虚偽申告等のないようご協力をお願いいたします。

●おことわり

この制度により、患者さまのご負担額が増えることとなりますが、医療機関は本来の保険収入が減額されるため、収入増になるわけではありません。あらかじめご了承ください。

その他、ご不明な点がございましたら事務局医事係にお問い合わせください。

(お問合せ先) 北九州市立医療センター 事務局医事係
電話 093(541)1831 内線2101

診 察 券

入院期間確認書及び長期入院料支払い同意書

(直近3ヶ月以内に入院歴がある方のみご記入ください。)

1. 過去3ヶ月以内の入院期間について

過去3ヶ月以内の入院履歴は次のとおりです。

入 院 期 間	年 月 日 ~	年 月 日
病院・診療所名		
入院診療科名等	科	病棟
退院証明書の有無	あり・なし ※どちらかを○で囲んでください。	

※退院証明書がある場合はご提出ください。ない場合やご不明な点は当院で確認いたします。

2. 長期入院料の支払いについて

長期入院料についての説明を理解し、貴院入院中に長期入院料が発生した場合は、規定の料金を支払うことを約束します。

年 月 日

(本人又は保証人)

住 所

氏 名



北九州市立医療センター院長 様

※裏面に長期入院料についての説明書を記載していますのでご一読ください。

点線から切り取り、入院当日の場合は【2階2番入院当日受付】にご提出ください。

入院当日以外の場合は【1階80番患者支援センター】にご提出ください。

実費徴収に関する同意書

以下項目は保険適用外のため、費用が発生した場合は、実費計算となります。

主な自費項目（令和4年7月1日現在）

項目	単位	金額
1 文書料		
普通診断書	1通	1,650
医証	1通	3,300
生命保険等診断書	1通	4,400
2 おむつ料関連		
布おむつ	1袋	440
小児用紙おむつ	1枚	44
大人用紙おむつ（シートタイプ）	1枚	33
大人用紙おむつ（S）	1枚	154
大人用紙おむつ（M）	1枚	187
大人用紙おむつ（L）	1枚	209
大人用紙おむつ（LL）	1枚	242
コンフォートパッド ノーマル	1枚	44
フレックスベルトタイプ プラス（S）	1枚	99
フレックスベルトタイプ プラス（M）	1枚	110
フレックスベルトタイプ プラス（L）	1枚	121
フレックスベルトタイプ マキシ(S)/(M)	1枚	143
フレックスベルトタイプ マキシ（L）	1枚	165
デュオ 頻便対応パッド/サブパッド	1枚	33
3 検査料		
羊水染色体検査	1回	66,000
臍帯血染色体検査	1回	44,000
流産内容物染色体検査	1回	82,500
羊水中13番、18番、21番、染色体 FISH法	1回	48,125
羊水中13番、18番、21番、性染色体 FISH法	1回	61,875
新生児聴覚検査（AABR）非課税	1回	5,000
4 手術料		
卵管結さつ術（開腹）非課税	1回	43,500
5 分娩料及び新生児関連（非課税）		
分娩料 時間内	1回	190,000
分娩料 時間外	1回	222,000
分娩料 深夜	1回	254,000
※双胎の分娩料は ×2 となります。		

項目	単位	金額
5 分娩料及び新生児関連（非課税）（つづき）		
お産セット	1セット	3,080
お産用パッド L	1枚	250
術後腹帯	1枚	570
マタニティトランスデューサーベルト	1セット	530
新生児・乳児介補料	1日	3,810
新生児室料	1日	500
胎盤処置料	1回	2,400
ミルク料	1日	150
先天性代謝異常採血料	1回	2,870
ライソゾーム病検査	1回	6,380
B型肝炎 妊婦HBs抗原検査	1回	500
6 その他		
電子体温計破損料	1個	2,310
胎児用おひつぎ代（大）	1個	4,840
胎児用おひつぎ代（小）	1個	3,630
エンボスカード再発行料	1枚	110
容器代	1個	44
レントゲンフィルムコピー代（半切）	1枚	1,100
レントゲンフィルムコピー代（B4）	1枚	968
放射線等電子画像用CD-R	1枚	2,310
乳幼児健診（1ヶ月・4ヵ月・7ヶ月・1歳6ヶ月・3歳）		5,625

表示金額は税込金額（非課税を除く）

キリトリ線

上記費用について内容を確認しましたので、費用が発生した場合は、規定の料金を支払うことに同意します。また、上記以外の自費費用が発生した場合についても、当院規定の料金を支払うことに同意します。

年 月 日

（本人又は保証人）

北九州市立医療センター院長 様

住所

氏名

印

※保証人の場合、患者との続柄（ ）

※自署の場合は押印を省略することができます

点線から切り取り、入院当日の場合は【2階2番入院当日受付】にご提出ください。
入院当日以外の場合は【1階80番患者支援センター】にご提出ください。

診 察 券



～ 個人情報保護についての説明書 ～

1 個人情報の利用目的

当院では、患者さんの個人情報を下記の目的で利用させていただくことがございます。

これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて患者さんから同意をいただくことにしています。

2 個人情報の開示・訂正・利用停止

当院では、患者さんの個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましては、「北九州市個人情報保護条例」の規定に従って進めております。

手続きの詳細やご不明な点は、事務局管理課庶務係までお尋ねください。

3 個人情報の利用範囲

(1) 院内での利用

- ①医療サービス ②医療保険事務 ③入退院等の病棟管理
- ④会計・経理 ⑤医療事故等の報告 ⑥医療サービスの向上

(2) 他の事業者等への情報提供としての利用

- ①他の病院、診療所、介護施設、助産所、薬局等との連携
- ②他の医療機関等からの照会への回答
- ③外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④検体検査業務の委託、その他の業務委託
- ⑤家族等への病状説明
- ⑥審査支払機関へのレセプトの提出
- ⑦審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑧事業者等から委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- ⑨医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

(3) 上記以外での利用目的

- ①医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ②当院内において行われる学生の医療実習への協力
- ③医療の質の向上を目的とした症例報告、臨床研究及び治験

※個人情報利用の妥当性につきましては、必要に応じて当院の倫理委員会において確認しています。

- ④外部監査機関への情報提供
- ⑤がん対策利用を目的とした国及び県への院内がん登録情報の提出、がん検診事業者への情報提供、各自治体への予後情報の照会

4 氏名などの公表

当院では、個人情報の取扱いについては、北九州市個人情報保護条例に基づき万全の体制で取り組んでおります。しかしながら、事故防止・安全確保のため、病室やベッドでの氏名表示を行っております。病室などにおける氏名表示や、入院病棟の問い合わせ等について支障がある場合は、看護師にご相談ください。

5 付記

- ①上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。お申し出のないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
- ②個人情報の利用範囲は、患者さんに係る全ての患者情報となります。
- ③これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

診 察 券

個人情報保護についての同意書

私は、個人情報保護に関して説明を受け、十分に理解したうえで、個人情報保護の取り扱いに関して同意しました。

年 月 日

患者本人署名 _____

親族または代理人署名 _____

患者との続柄 _____

- 1 本人の署名がある場合は、親族または代理人の署名は不要です。
- 2 本人が未成年や判断不能な場合は、親族または代理人の方が署名してください。
- 3 本人の同意に基づき本人の署名を代筆した場合は、代筆者は親族または代理人欄にも署名し、患者との続柄を記入してください。

北九州市立医療センター院長 様

入院連絡票

入院される患者の皆様へお願い

入院がスムーズに行えるように、下記の項目について事前にお尋ねしています。

連絡先については必ず2箇所以上をご記入され、入院時病棟看護師にお渡してください。

また、入院時には必ず内服薬・お薬手帳をご持参ください。

ご協力よろしくお願ひします。 ※ 再入院の方は年齢・住所・電話番号など変更がある場合はコピーではなく新たにご記入して提出してください。

1. 連絡先

患者氏名		年齢	歳	T.S.H.R	年	月	日
住 所							
電話番号				携帯電話			
連 絡 先	①	氏 名			続 柄		
		住 所					
		電話番号			携帯電話		
	②	氏 名			続 柄		
		住 所					
		電話番号			携帯電話		
	③	氏 名			続 柄		
		住 所					
		電話番号			携帯電話		

2. 入院や病気について医師からどのような説明を受けましたか？

3. 今までに入院するような病気や治療中の病気がありますか？わかる範囲でご記入ください。

年 齢	病 名	治療の内容
例) 45 歳	高血圧	内服治療中

4. 次の項目にご記入ください。

(1)嗜好品について

喫 煙	<input type="checkbox"/> 現在吸っている () 本/日 喫煙歴 () 年
	<input type="checkbox"/> 過去に吸っていた () 年間 () 本/日
	<input type="checkbox"/> 吸わない
飲 酒	<input type="checkbox"/> 飲む 飲酒歴 () 年 1日あたりの飲酒量 () 種類 ()
	<input type="checkbox"/> 飲まない

注意) 病院内や敷地内での喫煙・飲酒は禁止となっております

裏面あります

点線から切り取り、入院時病棟看護師へご提出ください。

診 察 券

(2)アレルギーについて

アレルギー	薬 剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()
	食べ物	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()

(3)歯について

入 れ 歯	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 取り外し可 <input type="checkbox"/> 取り外し不可)
歯のぐらつき	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
差 し 歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
インプラント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

5. 現在介護保険の認定をうけていますか？ ○をつけてください。

(はい・いいえ・申請中)

・『はい』の方は認定の種類に○をつけてください。

(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)

担当ケアマネージャー名：	事業所名：
事業所住所：	
事業所電話番号：	

6. ご家族構成をご記入ください。(可能であれば)(御両親 配偶者 同胞 お子様等)

続 柄	性別	年齢	同居の有無	氏 名	備 考
例) 長男	男	26 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	〇〇 太郎	東京在住
		歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

7. 入院中の面会や電話の取次ぎまた表示について

電話の取次ぎ	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限あり ()
面会の取次ぎ	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限あり ()
病室入口の氏名表示	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限あり ()

注意) 治療に専念して頂くため、面会や電話は最小限でお願いします

8. 臓器提供について

臓器提供意思カード	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-----------	---

※有の場合は、看護師へお知らせください。

入院に際してご要望があればご記入ください。

入院患者さんならびにご家族の皆さんへ

退院（転院）についてのお願い

当院は地域の医療機関と連携して、紹介・救急の患者さんに対して、専門的な診療・検査・手術などの治療を行う**地域医療支援病院**です。また、緊急・重症な患者さんに対して、高度で専門的な医療を提供する「**急性期病院**」の役割を担っています。

当院では治療が終了すると、患者さんのQOL（生活の質）を維持するためにも早期退院を目標としており、リハビリテーションや治療などを継続して行う場合には、地域の医療機関への転院をして頂きます。

当院の役割を果たすために、皆様には入院ベッドの安定確保について、以下の点にご協力をお願いします。

- ①入院が決まった時点で主治医より入院診療計画書に基づき、必要な入院期間を提示致します。
治療が順調に推移しましたら、この期間を目途に退院となります。
- ②専門的治療が終了し状態が安定した時点で、ご自宅又は地域の病院、施設等で療養を継続していただくこととなります。
- ③急性期病院として限られたベッドをより多くの患者さんへ提供できるよう、退院は午前中にしていただきますようご協力をお願いいたします。

退院・転院についてご不明な点がありましたら、医師、看護師又は医療ソーシャルワーカー（MSW）までお問い合わせください。

北九州市立医療センター

院長 中野 徹

患者の権利と責務

当院では、個人の尊厳を保持し、次に掲げる患者さんの権利を保護します。
また、患者さんには良質で安全な医療を受けるために次の責務があります。

患者さんの権利

【最善の医療を受ける権利】

1. 良質で安全な医療を公平に受けることができます。

【知る権利】

2. 病気、検査、治療方法、必要な費用に関して、十分な説明と情報提供を受けることができます。
3. ご自身の診療録など診療情報の開示を求めることができます。

【自己決定できる権利】

4. 治療法などを自らの意思で自由に選択し決定することができます。
5. 他施設の医師の意見（セカンドオピニオン）を求めることができます。

【プライバシー保護の権利】

6. 個人情報をはじめとするプライバシーの保護を受けることができます。

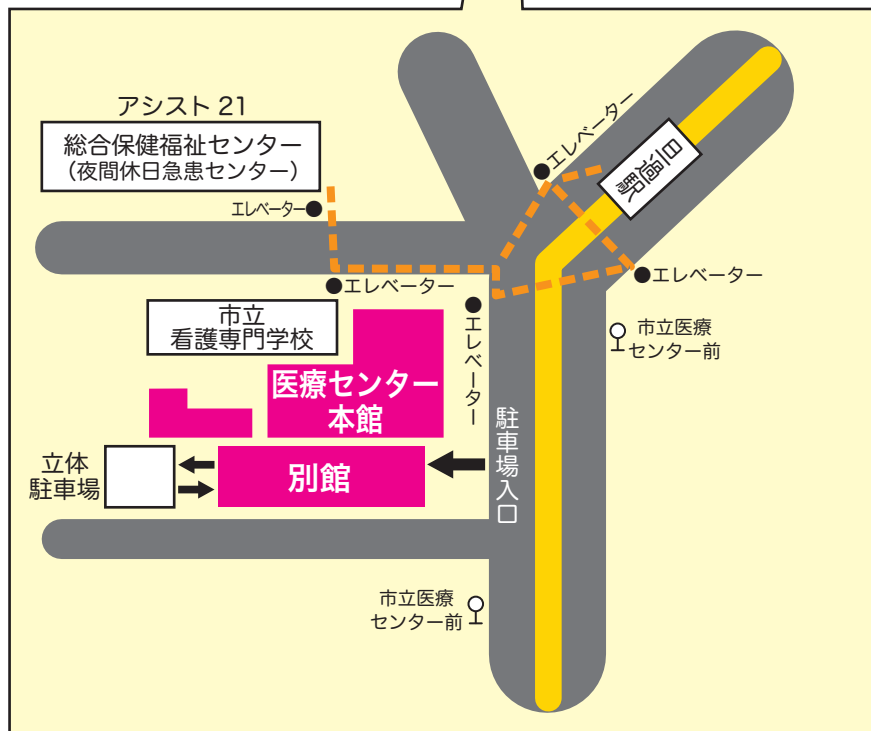
【すべての子どもが命を守られ成長できる権利】

7. すべての子どもの命が守られ、もって生まれた能力を十分に伸ばして成長できるよう、医療や生活に関する支援を受けることができます。

患者さんの責務

1. 良質で安全な医療を実現するために、ご自身の健康に関する情報を正確に提供してください。
2. 納得できる医療を受けるために、十分な理解ができるまで質問してください。
3. 他の患者さんの治療や病院職員による医療提供に支障をきたすことのないように、病院の規則や社会的ルールを守ってください。また、医療費を適正に支払う責務があります。

メモ



交通アクセス

●JRご利用の場合

小倉駅より北九州モノレールにて「旦過駅」にて下車 徒歩約2分

●西鉄バスご利用の場合

「市立医療センター前」バス停で下車

●タクシーをご利用の場合

JR小倉駅より約4分