入院のご案内

横須賀市立うわまち病院

入院される方へ

1. 入院時必要書類の書き方
2. 限度額認定証について
3. 入院の持ち物について
4. リース（日用品レンタル）のご案内
5. 入院前のお願い
6. 面会のご案内
7. よくある質問

1.入院時必要書類の書き方

○記入後は１階３番入院受付窓口へ

入院時間	時　分	診療科名	科
入院年月日	年　月　日	入院病棟	病棟

入院申込書

患者	住所		〒□□□－□□□□　電話　－（　）－
	フリガナ 氏名		
	生年月日		大正・昭和・平成・令和　年　月　日生（　才）
	職業		
	勤務先	名称	
		住所	〒□□□－□□□□　電話　－（　）－

入院申込書は患者さん欄へ入院される患者さんの情報をすべて記入します

入院申込書記入例

入　院　申　込　書

患者	住所		〒012－3456　電話 012－（345）－6789 横須賀市〇〇町12-34
	フリガナ 氏名		うわまち　太郎
	生年月日		大正・昭和・平成・令和　〇〇 年〇〇 月〇〇日生（〇〇 才）
	職業		〇〇〇
	勤務先	名称	(株)〇〇〇
		住所	〒123－4567　電話 012－（345）－6789 横須賀市〇〇町1-2

線

年　　月　　日

申込者	現住所	〒□□□－□□□□　電話　－（　　）－		
	フリガナ 氏名		患者との関係	
	職業			
	勤務先	名称		
		住所	〒□□□－□□□□　電話　－（　　）－	

- 患者さん以外の方が申し込む場合、全ての欄に記入お願いします。
- <u>入院する患者さん自身が申し込む</u>場合**氏名欄のみ**記入お願いします。

○記入後は１階３番入院受付窓口へ

身元引受書兼診療費等支払保証書

入院日：　　年　　月　　日

横須賀市立うわまち病院　病院長　殿

フリガナ
患者氏名

上記患者の貴院入院中の患者本人の身上に関する事項は、身元引受人において引き受け、退院の指示があった場合には、指定の期日に本人を引き取ります。
なお、身元引受人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ることとします。

身元引受人	現住所	〒□□□-□□□□ 電話　－（　　）－			
	フリガナ 氏名	㊞		患者との関係	
	職業		生年月日	明治・大正・昭和・平成　年　月　日	
	勤務先	名称			
		住所	〒□□□-□□□□ 電話　－（　　）－		

身元引受人（万が一の際に身元を引き受けていただく方）を記入してください。
成年者でお願いします

【記入例】

○記入後は１階３番入院受付窓口へ

身元引受書兼診療費等支払保証書

入院日：〇〇 年〇〇月〇〇日

横須賀市立うわまち病院　病院長　殿

フリガナ
患者氏名　うわまち　太郎

上記患者の貴院入院中の患者本人の身上に関する事項は、身元引受人において引き受け、退院の指示があった場合には、指定の期日に本人を引き取ります。
なお、身元引受人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ることとします。

身元引受人	現住所	〒 0 1 2 − 3 4 5 6 横須賀市〇〇町12-34		電話 012 −（345）− 6789	
	フリガナ 氏名	うわまち　花子 ㊞		患者との関係	妻
	職業	なし	生年月日	明治・大正・昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	勤務先 名称				
	勤務先 住所	〒 □□□−□□□□		電話 −（　）−	

（注）※1．身元引受人は、成年者をお願いします。
※2．原則、本人の自署でお願いいたします。

切り取り線

上記患者の貴院入院中の診療費等は、規定の期日(※4)に支払義務者が必ず支払いいたします。

万一、規定の期日までに診療費等の支払ができなかった場合には、連帯保証人が支払義務者と連帯して滞り無く支払いいたします。

なお、支払義務者及び連帯保証人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ることとします。

※1 支払義務者	現住所	〒□□□-□□□□		電話　－（　　）－	
	フリガナ 氏名		㊞	患者との関係	
	職業		生年月日	明治・大正・昭和・平成　年　月　日	
	勤務先	名称			
		住所	〒□□□-□□□□	電話　－（　　）－	

支払義務者（入院費のお支払いをする方）を記入してください。
支払い能力を有する本人または成年者でお願いします

【記入例】

※1 支払義務者	現住所	〒0 1 2 − 3 4 5 6 横須賀市〇〇町12-34		電話 012 − (345) − 6789	
	フリガナ 氏名	うわまち　太郎 ㊞		患者との関係	本人
	職業	〇〇〇	生年月日	明治・大正・昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日	
	勤務先 名称	（株）〇〇〇			
	勤務先 住所	〒1 2 3 − 4 5 6 7 横須賀市横須賀市●●町1-2		電話 123 − (456) − 7890	

※2 連帯保証人	現住所	〒□□□-□□□□ 電話 ー（ ）ー			
	フリガナ 氏名	㊞		患者との関係	
	職業		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
	勤務先	名称			
		住所	〒□□□-□□□□ 電話 ー（ ）ー		
	極度額：100万円				

・連帯保証人（支払義務者とは別住所の独立した生計を営む支払能力を有する成年者）を記入してください

・できれば自署でお願いしていますが、不可能な場合は当事者の方へ了承をいただいていれば代筆でも構いません。印鑑がなければ、サインでも可。

※極度額とは連帯保証人が支払責任を負う最大金額のことですが、未払いの時のみに発生します。

【記入例】

※2 連帯保証人	現住所	〒 0 9 8 − 7 6 5 4 横須賀市△△町98-76		電話 098 − (765) − 4321	
	フリガナ 氏名	うわまち　二郎　㊞		患者との関係	長男
	職業	△△△	生年月日	明治・大正・昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	勤務先 名称	(株)△△△			
	勤務先 住所	〒 9 8 7 − 6 5 4 3 横須賀市▲▲町9-8		電話 987 − (654) − 3210	
	極度額：100万円				

(注) ※1．支払義務者は、支払能力を有する成年者をお願いします。なお、患者さんが未成年者等の場合は親権者等の方をお願いします。(この要件を満たす場合、患者さんと支払義務者とが同一人でも差し支えありません。)
※2．連帯保証人は、支払義務者とは別住所の独立した生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。
※3．支払義務者及び連帯保証人の記載は、原則本人の自署でお願いします。
※4．上記規定の期日についてはP.8をご参照ください。
※5．極度額とは連帯保証人が支払の責任を負う最大金額のことです。
治療内容に変更が生じる場合、改めて極度額変更についてご相談させていただきます。

他の医療機関入院歴の確認について（お願い）

○記入後は１階３番入院受付窓口へ

他の医療機関入院歴の確認について（お願い）

入院期間が180日を超えた場合は、入院費の一部が健康保険適用外となります。適用外の部分については、通常の診療費に加えて別途費用をご負担いただくことになります。

入院期間の算定には、当院だけでなく他の医療機関での入院期間も合算されるため、今回の当院入院日から過去３か月の間に他の医療機関に入院されていたかお伺いします。前医療機関の退院証明書があればご提出ください。

つきましては、下記についてご記入いただき、入院申込書と一緒にご提出をお願いします。

記

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご記入者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （続柄） ＿＿＿＿＿

過去３か月間の入院履歴

☐ なし

☐ あり（下記に記入願います）

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入院期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

病名または症状 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入院期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

病名または症状 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

切り取り線

- 当院以外で**直近3か月以内**での入院歴ある方のみご記入お願いします。
- 前医療機関の**退院証明書**があれば、入院時に提出をお願いします。
- それ以外の方は記入不要です。

入院・入所歴調査用紙について

○記入後は入院病棟へ提出してください

エンボス

入院・入所歴調査用紙

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊患者さんの入院前の状況確認をしています。以下の質問にお答えください。「はい」「いいえ」「覚えていない」に○を付け、該当する項目にご記入お願いします。入院・施設入所（特別養護老人ホーム、老人保健福祉施設、有料ホーム、グループホームなど）したことがある場合、全てご記入ください。

◆ 今までにうわまち病院以外に入院したことはありますか？

（ はい　いいえ　覚えていない ）

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入院していた時期　　年　　月頃～　　月頃　　入院期間　　日程度

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入院していた時期　　年　　月頃～　　月頃　　入院期間　　日程度

◆ 今までに施設への入所（ショートステイ含む）はありますか？

（ はい　いいえ　覚えていない ）

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入所していた時期　　年　　月頃～　　月頃　　入所期間　　日程度

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入所していた時期　　年　　月頃～　　月頃　　入所期間　　日程度

切り取り線

◆ 入院前のトイレの様子をお教えください

全て一人でできる　　介助が必要（おむつ使用）

一部介助が必要（尿瓶使用・ポータブルトイレ使用など）

◆ 今までに、同居の家族の方で入院や、施設などに入所やショートステイがありますか？

（ はい　いいえ ）

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　父・母・配偶者・子供

入所していた時期　　年　　月頃～　　月頃　　期間　　日程度

※ご協力ありがとうございました。ご記入後は病棟スタッフへお渡しください。

【医療スタッフ記入欄】

入院日	年　月　日	VRE ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ実施日	年　月　日
入院時病名		確認者	

横須賀市立うわまち病院（2017 年 4 月 17 日作成 Ver.1）

・今までにうわまち病院以外での入院を覚えている範囲で（直近2件分）記入お願いします。
　思い出せる範囲で構いません。
お忘れの方は、覚えていないに○を付けてください。

・今までの施設入所歴を記入お願いします。

2.限度額適用認定証について

限度額適用認定証等情報の取得に係る同意書

年　　月　　日

横須賀市立うわまち病院　病院長　あて

当院が、オンライン資格確認等システムを利用して、限度額適用認定証等の情報(※)を取得し、診療費の計算を行うことに

(　　同意します　　,　　同意しません　　)

※限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受領証の情報をシステムより取得し、上記情報を適用して診療費を計算いたします。診療費が高額になった際には、患者さんへの請求は所得に応じた上限額等となります。

※同意しない場合は、お手数お掛けしますが、患者さん自身で保険者へ限度額証等の交付手続きを実施するか、限度額証等を発行せず診療費の支払いをすることとなります。

患者名(　　)

代諾者(　　)続柄(　　)

※職員記入欄：ID[　　]

【本件に係るお問合せ先】
横須賀市立うわまち病院
医事課　入院係
TEL：046-823-2630
内線：2255・2256

- 高額医療制度のご利用の方は、『限度額適用認定証等情報の取得に関わる同意書』の提出をお願いします。
※ご自身での認定証発行申請が不要となります。
- 限度額認定証、保険関係の書類等の不明点は、入院受付3番へご確認ください。

※限度額認定証とは、提示することにより、ひと月の金額を自己負担上限額までに軽減できる認定証です。自己負担限度額は、収入によって変わっていきます。

3.入院時の持ち物　パンフレットP2をご参照下さい

◇寝巻

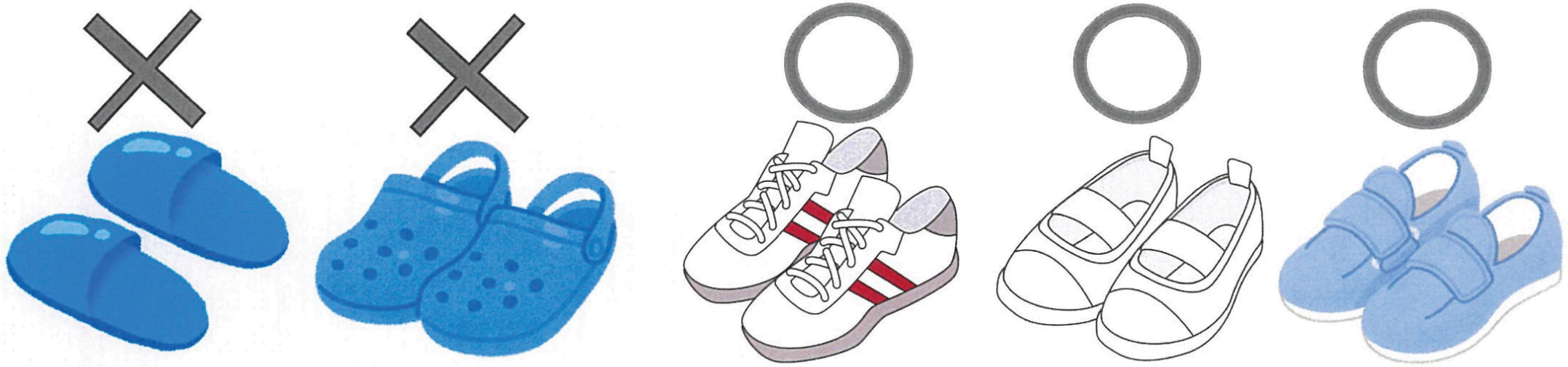
◇タオル類（バスタオル、フェイスタオル、おしぼりタオル）

◇日用品
（ボディソープ、リンスインシャンプー、保湿ローション
　歯ブラシセット、入れ歯洗浄剤、入れ歯ケース
　口腔ケアスポンジ、マウスウォッシュ）
その他必要な物持参ください。

この◇に記載しているものは、リース申し込みした方は使用可能です。
日用品については、必要時にスタッフへお声掛けいただくとお渡しいたします。

□下着（検査により金具やボタンのないものが望ましい）
□運動靴（上履き）
□コップ（割れにくいもの）プラスチック等　1個
（歯ブラシ時やお茶飲むときに使用）
□ティッシュペーパー（売店でも購入可能）
□筆記用具
□テレビのイヤホン（売店でも購入可能）
□カーディガン（寒がりの方や季節により必要）
□マスク（不織布）入院日数分余分に持参を。
□電動カミソリ（必要な方のみ）
□紙おむつ（必要な方のみ）リースBかCセットの方はついてきます。
□お薬手帳、入院日数分のお薬（内服、外用薬等すべて）
□ペースメーカー手帳など、体内に埋め込まれているものの書類、カード
（該当者のみ）

転倒防止のため、履物はかかとのある靴を着用し、スリッパ、クロックスの使用は禁止です。



4.リースについて

※ボディシャンプー、リンスインシャンプー、マウスウォッシュ、ミルクローションについては、共有ボトルになります。

入院セットのご案内

横須賀市立うわまち病院
一般

当院では、患者様がご入院中に必要とされる『寝巻・タオル類・日用品・紙おむつ』等のレンタルを専門業者により導入しております。
同システムは、①院内感染予防等の衛生管理・皮膚や排せつの適正なケア
②患者様へのサービス向上とご家族等が日用品や紙おむつを用意する労力負担を軽減
③患者様とお見舞等で来院された方との区別（防犯上の管理）を目的としております。
このレンタル方式はご入院をされる際、患者様やご家族様の手を煩わせずに患者様は療養生活を常に清潔な高熱殺菌処理を行った寝巻・タオル類を必要なときに必要なだけご使用していただくことが可能となります。

入院セットの内容と価格

（画像はすべてイメージ）

●Aタイプ　税別500円（税込550円）×利用日数
○寝巻〔パジャマ・ゆかた・介護寝巻・マタニティウエアのいずれか〕
○タオル類〔バスタオル・フェイスタオル・オシボリタオル〕

●Bタイプ　税別1,350円（税込1,485円）×利用日数
【紙おむつを1日中使用】
○紙おむつ〔パンツ式・テープ式・尿取りパット〕
○寝巻〔パジャマ・ゆかた・介護寝巻・マタニティウエアのいずれか〕
○タオル類〔バスタオル・フェイスタオル・オシボリタオル〕

●Cタイプ　税別1,000円（税込1,100円）×利用日数
【紙おむつを夜間またはリハビリ程度使用】
○紙おむつ〔パンツ式・テープ式・尿取りパット〕
○寝巻〔パジャマ・ゆかた・介護寝巻・マタニティウエアのいずれか〕
○タオル類〔バスタオル・フェイスタオル・オシボリタオル〕

※患者様の紙おむつのご利用状況により病棟スタッフが毎日タイプを決定・変更させていただきます。

【提供日用品（サービス品）】
※上記セットをお申込みの場合、必要に応じて必要なアイテムをご自由に選択しご使用できます。
ボディシャンプー（泡）・リンスインシャンプー・保湿ローション・歯ブラシセット、口腔ケアスポンジ、入れ歯洗浄剤＋入れ歯ケース、マウスウォッシュのいずれか

●Dタイプ　税別350円（税込385円）×利用日数
○小児用パジャマ
○タオル類〔バスタオル・フェイスタオル・オシボリタオル〕
○ボディシャンプー（泡）・リンスインシャンプー・保湿ローション

●Eタイプ　税別352円（税込387円）×利用日数
○新生児用紙おむつ、小児用紙おむつ

【オプション】

F	○肌着・靴下・Tシャツ	税別150円（税込165円）	×利用日数
G	○日常着（上下）	税別150円（税込165円）	×利用日数
H	○舌ブラシ	税別250円（税込275円）	×本数
I	○口腔保湿ジェル（川本産業　口腔ケアジェル　40g）	税別480円（税込528円）	×本数
J	○紙おむつ〔パンツ式・テープ式・ベルト式・尿取りパット〕	税別900円（税込990円）	×利用日数
K	○リモイスクレンズ 180g	税別1,773円（税込1,950円）	×本数
L	○吸い飲み	税別210円（税込231円）	×個数
M	○バレーシューズ　21.5cm～28.0cm	税別1,182円（税込1,300円）	×足数

☞『入院セットのご案内』をご参照ください。

リース申し込みされている方は、
サービス品の中で必要な物をご自由に選択しご使用できます。
ご希望の方は病棟スタッフへお声かけください。

オプションもあります。

◇ご請求について

・ご利用開始日から終了日までの請求になり、退院日も請求日に含まれます。

※1泊2日ご利用の場合は、2日分の請求となります。

・医療費とは別のお支払いとなります。

・ご請求書送付先に記載した住所へ請求書が届きます。

◇お支払いについて

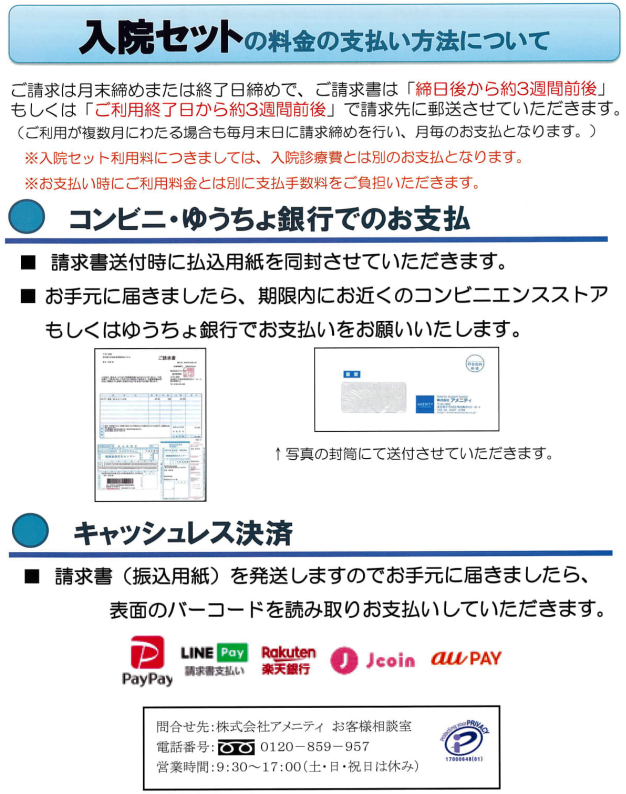
・ご利用終了日から約3週間前後で請求先に郵送されます。

（遅れてくる場合もあります。）

・コンビニエンスストアかゆうちょ銀行、キャッシュレス決済

（Pay Pay、LINE Pay、楽天銀行、Jcoin、au PAY）

・病院でのお支払いはできません。



入院セットの料金の支払い方法について

ご請求は月末締めまたは終了日締めで、ご請求書は「締日後から約3週間前後」もしくは「ご利用終了日から約3週間前後」で請求先に郵送させていただきます。
（ご利用が複数月にわたる場合も毎月末日に請求締めを行い、月毎のお支払となります。）
※入院セット利用料につきましては、入院診療費とは別のお支払となります。
※お支払い時にご利用料金とは別に支払手数料をご負担いただきます。

コンビニ・ゆうちょ銀行でのお支払

■ 請求書送付時に払込用紙を同封させていただきます。
■ お手元に届きましたら、期限内にお近くのコンビニエンスストアもしくはゆうちょ銀行でお支払いをお願いいたします。

↑写真の封筒にて送付させていただきます。

キャッシュレス決済

■ 請求書（振込用紙）を発送しますのでお手元に届きましたら、表面のバーコードを読み取りお支払いしていただきます。

PayPay　LINE Pay 請求書支払い　Rakuten 楽天銀行　Jcoin　au PAY

問合せ先：株式会社アメニティ お客様相談室
電話番号：0120－859－957
営業時間：9:30～17:00（土・日・祝日は休み）

お支払いについてのご不明点は、当院（うわまち病院）ではなく、下記へ問い合わせください。

お問い合わせ先：株式会社　アメニティ　お客様相談室

電話番号：0120-859-957　　営業時間：9：30～17：00（土・日・祝日は休み）

◇申し込み方法

・入院説明の際、利用希望の方に入院セットの申込用紙をお渡し致します。

・利用される方は、アメニティセット申込書（兼同意書）を記入し、入院病棟へ提出してください。

・リースセットの内容変更は口頭でも可能です。

アメニティセット申込書（兼 同意書）

当院では、患者様がご入院中に必要とされる「寝巻・タオル類・日用品・紙おむつ」等のレンタルを専門業者により導入しております。同レンタルは①院内感染予防等の衛生管理・皮膚や排せつの適正なケア ②患者様へのサービス向上とご家族等が日用品や紙おむつを用意する労力負担を軽減 ③患者様とお見舞等で来院された方との区別（防犯上の管理）を目的としています。ご入院の際には、申込書兼同意書に記入しお申込みをお願いいたします。

【基本セット】※患者様の紙おむつのご利用状況により病棟スタッフが毎日タイプを決定・変更させていただく場合がございます。ご了承ください。

申込時選択タイプ	ご利用内容	1日当りの金額	
A	○寝巻 ［パジャマ・ゆかた・介護寝巻・マタニティウエアのいずれか］ ○タオル類 ［バスタオル・フェイスタオル・おしぼりタオル］	税別500円(税込550円)	×利用日数
B	【紙おむつを1日中使用】 ○紙おむつ ［パンツ式・テープ式・ベルト式・尿取りパット］ ○寝巻 ［パジャマ・ゆかた・介護寝巻・マタニティウエアのいずれか］ ○タオル類 ［バスタオル・フェイスタオル・おしぼりタオル］	税別1,350円(税込1,485円)	×利用日数
C	【紙おむつを夜間またはリハビリ程度使用】 ○紙おむつ ［パンツ式・テープ式・ベルト式・尿取りパット］ ○寝巻 ［パジャマ・ゆかた・介護寝巻・マタニティウエアのいずれか］ ○タオル類 ［バスタオル・フェイスタオル・おしぼりタオル］	税別1,000円(税込1,100円)	×利用日数

【提供日用品（サービス品）】※上記セットをお申込みの場合、必要に応じて必要なアイテムをご日由に選択しご使用できます。
ボディシャンプー（泡）・リンスインシャンプー・保湿ローション・歯ブラシセット、口腔ケアスポンジ、入れ歯洗浄剤＋入れ歯ケース、マウスウォッシュのいずれか

D 小児用	○小児用パジャマ ○タオル類 ［バスタオル・フェイスタオル・おしぼりタオル］ ○ボディシャンプー（泡）・リンスインシャンプー・保湿ローション	税別350円(税込385円)	×利用日数
E	○新生児用紙おむつ、小児用紙おむつ	税別352円(税込387円)	×利用日数

【オプション】※オプションのみのお申込みはできません。

申込時選択タイプ	ご利用内容	金額	
F	○肌着・靴下・Tシャツ	税別150円(税込165円)	×利用日数
G	○日常着（上下）	税別150円(税込165円)	×利用日数
H	○舌ブラシ	税別250円(税込275円)	×本数
I	○□腔保湿ジェル（川本産業 □腔ケアジェル 40g）	税別480円(税込528円)	×本数
J	○紙おむつ（パンツ式・テープ式・ベルト式・尿取りパット）	税別900円(税込990円)	×利用日数
K	○リモイスクレンズ 180g	税別1,773円(税込1,950円)	×本数
L	○吸い飲み	税別210円(税込231円)	×個数
M	○バレーシューズ 21.5cm～28.0cm	税別1,182円(税込1,300円)	×足数

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きます。

株式会社アメニティ　ご記入日 20 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いたします。 ●私は契約者の同意を得て本書面の記入を代筆いたします。（契約者様と代筆者様が異なる場合）

ご利用開始日 20 年 月 日 ←ご利用を開始する日を必ずご記入ください。

利用者様：フリガナ／姓／名
契約者様（ご請求書送付先）：フリガナ／姓／名／携帯電話／固定電話／〒／住所／都道府県／利用者との関係
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。
代筆者様：フリガナ／姓／名／携帯電話／固定電話／契約者との関係
ID／病棟／病室
生活保護受給者の方は左枠内に✓を入れてください。／説明者氏名

0461 横須賀市立うわまち病院様式　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

◇解約方法

・0時超える(日付が変わる)と日額発生します。

・解約したい日の前日に自分のパジャマに着替え、
病棟スタッフへ翌日からの解約の旨を伝えてください。

◇使用時の注意点

・サイズが合わなければ、変更できますので、病棟スタッフへお声掛け下さい。

・新しいパジャマに着替えをしていなくても日付超えれば、パジャマの利用をしているため、金額発生します。

・パジャマ、タオルのストックがなくなりましたら、病棟スタッフへお声掛け下さい。

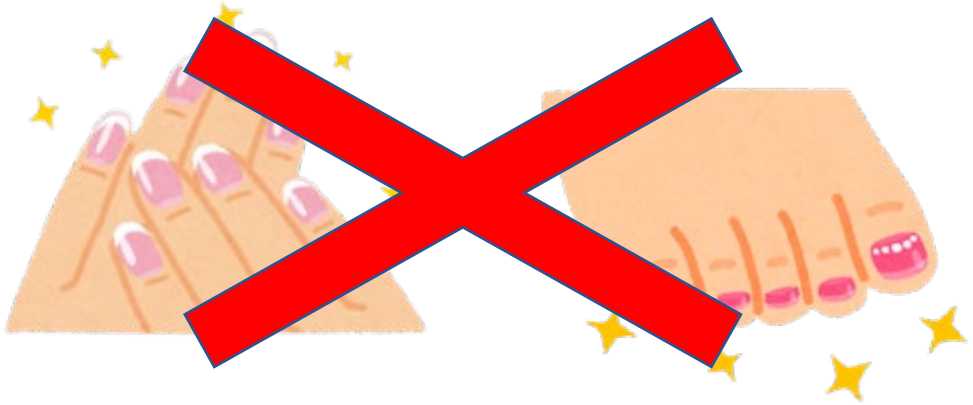
・リースのセット内容変更を病院側で提案させていただく場合は、必ず、本人かご家族へ一報させて頂きます。

・提供日用品（サービス品）については、必要なものあれば、その都度、病棟スタッフへお申しつけ下さい。

5.入院前のお願い

- 爪切り、髭剃りをしてきてください。髭剃りは<u>電動タイプ</u>を持参ください。

- 化粧、マニュキュア、ペディキュア、ジェルネイルを落としてきてください。



- 手術を予定されている方は、
  入院前日または当日に入浴かシャワーを浴びてください。

- 紛失、盗難防止のため、高額の物はお持ちにならないでください。
  自己責任になりますのでご了承ください。

- 入院時は、車、バイク、自転車は運転してこないでください。

- 病院内すべてにおいて喫煙、飲酒は固く禁止されています。
  持ち込まないでください。

6.面会のご案内

- 対象入院患者：**救命救急センター・ICU以外の入院患者**
- 対象面会者：**入院患者のご家族（高校生以上）**
- 面会人数：**最大2名まで（1日1回）**
- 面会日時：※面会予約は不要です。

【 全日 15:00～17:00　1日1回 15分間 】

※面会時間の順守にご協力お願い致します。

- 面会場所：**各病室**

・病棟毎に制限がある場合もあります。病棟スタッフにご確認ください。

・**来院時には必ず不織布マスク着用と手指消毒徹底のご協力をお願い致します。マスクを着用されていない方は面会できません。**

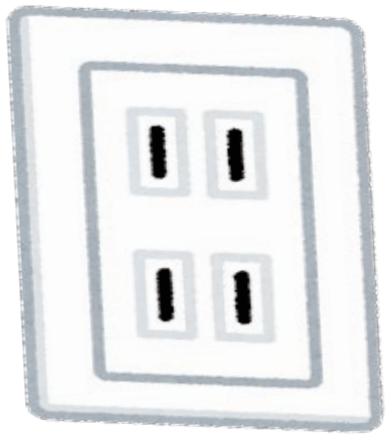
・病室内での飲食は禁止です。

・面会後2日以内に「新型コロナウイルス感染陽性者」となった場合には、必ず病棟にご連絡ください。

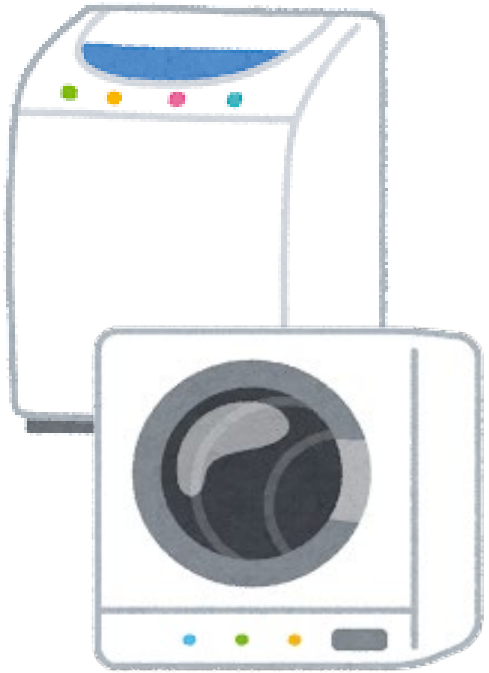
7.よくある質問

- 携帯電話の使用について、通話はエレベータホールか談話室での使用をお願いします。
- パソコンは持参可能です。消灯後の大部屋での使用はご遠慮ください。
- Wi-Fiはありません。

- コンセント（充電器）の使用については、テレビカードの購入が必要です。
- 床頭台の付属のコンセント1個使用できます。
- 保冷庫（24時間、160分）使用時、コンセント使用可能。
- テレビカードは1,000円で13時間（780分）使用できます。



・各病棟にランドリーの設置があります。
洗濯機1回100円、乾燥機１回30分100円で利用可能です。
テレビカードを使って利用することもできます。
※一部病棟でランドリーの使用ができない可能性があります。
入院時に病棟で確認をお願いします。



・点灯時間は朝6時頃、消灯時間は夜9時頃になります。

・術後のシャワー・洗髪、売店への買い物については、病棟看護師へ確認して下さい。

皆様が安心・安全に入院生活が送れるように支援させていただきます

Yokosuka
General Hospital
UWAMACHI

総合患者支援センター