



日本赤十字社

富山赤十字病院

地域医療支援病院・富山県がん診療地域連携拠点病院
臨床研修指定病院・災害拠点病院



日本医療機能評価機構
病院機能評価認定

日本人間ドック学会
健診施設機能評価認定

BFH (赤ちゃんにやさしい病院) 認定

入院のご案内



理 念

人道・博愛の赤十字精神にもとづく良質で安全な医療の提供

基本方針

- 1 患者さん中心の医療を提供します
- 2 より安全で高度な医療の実践を目指します
- 3 地域医療に貢献する病院を目指します
- 4 災害救護ならびに医療社会奉仕に努めます
- 5 次代を担う医療従事者を育成します
- 6 働きがいのある病院運営に努めます
- 7 健全経営の維持に努めます

患者さんの権利

病院の「理念」・「基本方針」にもとづき患者さんが安心して医療を受けることができるよう、以下の権利を大切にします

- 1 個人の尊厳が守られる権利
- 2 プライバシーが保障される権利
- 3 適切な情報と説明を受ける権利
- 4 自ら医療行為を選択する権利
- 5 適切で最善の医療を受ける権利
- 6 子ども達が分かりやすく心のこもった医療を受ける権利

患者さんの責務

医療は患者と医療者との共同作業です。より適正な医療提供のため、以下の責務について十分ご理解をいただき、ご協力をお願いします。

- 1 ご自身の健康状態に関する正確な情報をお伝えください。
- 2 医療者と力を合わせて診療に参加し、最大限の治療効果を発揮できるようにご協力ください。
- 3 病院のルールに従い、院内での迷惑行為は慎んでください。
- 4 受けた医療に対し、診療費をお支払ください。

入院申込書

令和 年 月 日

富山赤十字病院長 殿

このたびの入院については、病院からの説明を十分理解しましたので、入院を申し込みます。
入院後は、病院の諸規則並びに診察上指示されたことを守り、診療に関する患者負担の費用については、納入の指定期日までに遅滞なく支払うことを連帯保証人と連署をもって約束します。
身元引受人は、退院時に患者の身柄およびその所持品を引き受ける責任を負います。

患者 (自署)	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生 歳
	現住所	〒 -			
	電話(自宅)	() -	電話(携帯)	- -	
	勤務先名		電話(勤務先)		
申込者	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生 歳 患者との続柄
	現住所	〒 -			
	電話(自宅)	() -	電話(携帯)	- -	
	勤務先名		電話(勤務先)		

- 注) 1 患者(本人)と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。
2 患者(本人)が被扶養者の場合は、保護者(扶養義務者)が申込者欄へ署名してください。

連帯保証人 (自署)	フリガナ				患者との続柄
	氏名				
	現住所	〒 -			
	電話(自宅)	() -	電話(携帯)	- -	
	勤務先名		電話(勤務先)		
	極度額	50万円			

- 注) 1 連帯保証人になる方には、患者(入院申込者)様と連帯して極度額の範囲内で入院費の支払いをお願いいたします。
2 連帯保証人は、患者(本人)とは別に生計を営んでいる方にしてください。

身元引受人 (自署)	フリガナ				患者との続柄
	氏名				
	現住所	〒 -			
	電話(自宅)	() -	電話(携帯)	- -	
	勤務先名		電話(勤務先)		

* 諸事情により入院申込書の連帯保証人記載欄に記入できない場合は、入院保証金(5万円)を現金でお預りさせていただきますので、ご理解・ご了承をお願いいたします。
入院保証金は入院時に預り証を発行の上お預りし、入院費と精算いたしますので、退院時に必ず預り証をお持ちください。

きりとり線

きりとり線で切りはなしてください。

きりとり線

入院履歴申告書

3か月以内に他の病院でのご入院はありましたか。

1. ありません

2. あります ⇒ (退院証明書をお持ちの方はご掲示下さい。)

◎入院履歴のある方は下記の枠内を記入して下さい。

医療機関名	
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
傷病名	
診療科	

医療機関名	
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
傷病名	
診療科	

入院履歴について、上記のとおり申告します。

富山赤十字病院長 殿

令和 年 月 日

患者氏名

患者住所

*厚生労働省の通知により、入院歴の確認が義務付けられています。

正しく申告されない場合は、それにより発生する損失について、後日費用の徴収をさせていただきますことがありますのでご注意ください。

きりとり線

きりとり線で切りはなしてください。

きりとり線

入院される患者さんの個人情報に関する確認書

当院では、入院される患者さんの個人情報を保護するため、万全の体制で取り組んでいます。

このため、入院の有無に関する電話でのお問い合わせには、原則、お答えしておりません。

また、この度の入院にあたり、患者さんの意思を尊重した対応とするため、次の事項について、「はい」・「いいえ」で回答をお願いいたします。

なお、確認書を提出されない場合、若しくは回答がない場合は、同意（「はい」）されたものとさせていただきます。

記

1 面会の方（家族を含める）には、入院のお問い合わせにお答えしてよろしいですか
「はい・いいえ」

2 氏名は、病室の入り口に掲示してもよろしいですか
「はい・いいえ」

令和 年 月 日

階 東・西・ICU 病棟

患者氏名

代理人氏名

（続柄 ）

富山赤十字病院長 殿

- ・意思の確認が出来ない場合には、ご家族（代理の方）に、お伺いします。
- ・入院中の安全な医療サービスのために、患者さんのベッドには、お名前等を表示させていただきます。
- ・各病室での回診に際しては、プライバシーの保護に可能な限り留意したうえで、問診、診察処置及び病状の説明などの医療サービスを提供させていただきます。

上記のうち、同意しがたいものがあれば、お伝えください。

なお、これらのお申し出は、いつでも変更、撤回等が可能です。

ご協力有難うございました。

入院される患者さんへ

入院にあたり、患者さんの身体のことや今までの生活習慣を知り、よりよい看護を提供していきたいと考えております。つきましては、用紙の記入にご協力をお願いいたします。□には✓印を記入してください。なお、記入されました内容については、医療・看護以外の目的で使用することはありません。

記入日
年 月 日

氏名 生年月日 年 月 日 () 歳

1. ご家族の方の緊急連絡先を3箇所教えてください。入院中はいつでも連絡が取れるようお願いいたします。

氏名	続柄	電話番号	携帯番号
①			
②			
③			

2. 家族構成について教えてください

病状説明の時に同席して欲しい方の氏名に○をつけてください。

氏名	続柄	年齢	同居	別居
記入例) 日赤 太郎	長男	45	同居	別居 (市内・県内・ <u>県外</u> 東京)
			同居	別居 (市内・県内・県外)
			同居	別居 (市内・県内・県外)
			同居	別居 (市内・県内・県外)
			同居	別居 (市内・県内・県外)

3. 今までに、病気やケガで治療を受けたことがありますか

かかりつけ医には○をつけてください

年齢 / 年月	病名	治療	治療機関名
記入例) 60 歳	高血圧	<input type="checkbox"/> 手術 <input checked="" type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	<u>〇〇病院</u>
		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	

4. 最近体重に変化がありましたか

なし あり (増えた 減った)

5. 最近食事量に変化がありましたか

なし あり (いつもの半分量 いつもの 1/4 程度 ほとんど食べられない)

6. アレルギーはありますか

なし あり (食物: 薬剤: その他:)

7. 生活習慣について教えてください

タバコは吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 喫煙本数 (本 / 日) 喫煙年数 () 年 <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた 過去の喫煙歴 (本 / 日を 年間)
お酒は飲みますか	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 種類は (日本酒・ビール・焼酎・ワイン・ウイスキー) 飲酒量は () 杯・合・ml () 回 / 週
食事について	食事で気をつけていることはありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (カロリー制限・塩分制限・蛋白制限・脂質制限・その他)
お薬について	薬を飲み忘れることがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬を管理しているのは (自分・家族)
排泄について	排尿で気にかかる症状は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (残尿感・頻尿・尿漏れ・その他) 便秘時の対処方法は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (下剤・浣腸・坐薬)

8. 身体状況について、教えてください			
入れ歯を使っていますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 部分義歯(上顎・下顎) <input type="checkbox"/> 取り外し可能	<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 取り外し不可能
視力の問題は	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 全盲)
聴力の問題は	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳	<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器)
麻痺はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 右麻痺 <input type="checkbox"/> 左麻痺	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢)
9. 介護認定を受けていますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 要支援 (1 ・ 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ケアマネージャーの名前 () 事業所名 ()		
10. 介護・社会福祉サービスの利用について教えてください			
サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/週) <input type="checkbox"/> ヘルパー (回/週) <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導	<input type="checkbox"/> デイサービス (回/週) 事業所名 () <input type="checkbox"/> ショートステイ 施設名 () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(車椅子・歩行器・エアマット・ベッド・吸引器・その他 ()		
11. 日常生活動作で援助が必要な部分について教えてください			
食事に ついて	<input type="checkbox"/> 一人で食事ができる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部介助が必要	食事形態 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> つぶし菜	<input type="checkbox"/> 食事中にむせることがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> トロミ剤の使用はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
排泄に ついて	<input type="checkbox"/> 一人で排泄できる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要 <input type="checkbox"/> トイレで排泄するが介助が必要	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレで排泄 <input type="checkbox"/> おむつ使用
入浴に ついて	<input type="checkbox"/> 一人で入浴できる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要 <input type="checkbox"/> 自宅で入浴するが介助が必要	<input type="checkbox"/> デイサービスで入浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴
歩行に ついて	<input type="checkbox"/> 一人で歩行できる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 歩行できない <input type="checkbox"/> 杖を使用	<input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカーを使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用
12. 最近、転んだことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
13. 自宅での主な介護者はどなたですか 介護者名 () 続柄 ()			
14. 介護について相談したいことや悩みはありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			お気軽にご相談ください
15. ご本人の意思を尊重した医療をすすめるためにお伺いします			
宗教上で大切にしている習慣はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
臓器提供意思表示カードをお持ちですか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
16. 入院することで心配なことはありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
<input type="checkbox"/> 家族の事 ()			
<input type="checkbox"/> 仕事の事 ()			
<input type="checkbox"/> 経済的な事 ()			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
17. 入院するにあたり要望はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			

目次

1 入院時に必要なもの	2
2 貴重品類の管理	3
3 入院生活における注意事項	3
4 患者さんへのお願い	3
5 付き添いについて	4
6 面会について	4
7 食事について	4
8 駐車場について	4
9 施設設備について	5
10 医療事故防止の取り組み	5
11 電話・携帯電話の利用について	6
12 室料について	6
13 敷地内の全面禁煙	7
14 火災、地震が発生した場合	7
15 入院費の計算・ご請求	7
16 入院費のお支払い	7
17 証明書、診断書について	8
18 患者相談窓口	8
19 個人情報の保護	8
20 研修医・学生の研修・実習	8
21 健康教室	8
22 がんに関する相談	8
23 退院後の療養生活について	9
24 施設案内図	9

入院当日は、2階患者支援センター窓口へお越しください。

※土曜・日曜・祝日の入院受付は、1階時間外受付で行っております。

1 入院時に必要なもの

- 入院の手続きについては、2階患者支援センター窓口でご説明、ご案内します。

<入院セットのご案内>

入院の際に必要な病衣、タオル類、日用品を有料で提供しています。

詳細は別紙パンフレットをご覧ください。

入院当日に提出いただくもの

患者支援センターに提出していただくもの

- 保険証
(マイナンバーカードも可能です)
- 各種医療受給者証
 - ・高齢受給者証
 - ・限度額適用認定証
 - ・福祉医療受給者証
 - ・介護保険被保険者証 等
- 入院申込書・入院履歴申告書・個人情報に関する確認書
- 診察券
- 他院の退院証明書
(3ヶ月以内で他院で入院があった方のみ)
- 入院セットのご利用について
(申込みされる方のみ)

病棟で提出していただくもの

- 入院される患者さんへ
- 手術・検査同意書

支援センター窓口



入院時に準備していただくもの

- 洗面用具
- 食食用具
- 滑りにくい履物 (転倒防止のため、「履きなれた靴・シューズ等」をお持ちください)
- 下着
- タオル・バスタオル
- テレビヤホン (4人部屋)
- マスク
- 時計
- 義歯を入れる容器・義歯洗浄
- 電動髭剃り、くし
- 現在内服しているお薬 (飲み薬・点眼薬・貼り薬・塗り薬・注射薬など)
- お薬手帳

※当院入院中に、他病院の受診、ご家族が代理で他院の薬の処方を受ける事はできません。

- 紙オムツは有料で提供しています。
- 紛失防止のため、持参品には氏名をご記入ください。

- 保険証に変更が生じた場合や医療受給者証の交付を受けた場合は、2階医事サービス課3番保険証確認窓口にご提示ください。
- 緊急入院等で当日に手続きできない場合は、入院日から3日以内に2階患者支援センターで入院の手続きを済ませてください。
- 限度額適用認定証の申請は入院前に済ませておくことをお勧めします。また、オンラインでの申請も可能ですので、2階医事サービス課3番保険証確認窓口でおたずねください。
- 次のものは持ち込みをお断りします。
 - ・タバコ（電子タバコ含む）、ライター、マッチ類等（火気類）
 - ・ハサミ・ナイフ・カミソリ等（刃物類）
 - ・酒等のアルコール類
- パソコンなどの電気機器、破損しやすい物の持ち込みはご遠慮ください。



2 貴重品類の管理

- 多額の現金や貴重品は所持されないようお願いします。
- 貴重品類については、病室の床頭台に鍵のかかる引出しがありますのでご利用ください。義歯・眼鏡・補聴器など自己管理をお願いします。
※万が一紛失されることがあっても、病院は責任を負いかねます。

3 入院生活における注意事項

- 入院中（外泊・外出を含む）に他病院の受診、ご家族が代理で他院の薬の処方を受けとることはできません。（入院中の他院診療は保険制度上の制約があります）やむを得ず他病院への診察を希望される場合には、必ず主治医または看護師にご相談ください。
- 入院される方は、事前に金属類をはずし、化粧、マニキュア、ジェルネイル、ペディキュアを落としておいてください。
- 外出・外泊は療養上ご遠慮いただいています。

4 患者さんへのお願い

- 当院は救命救急医療を担う急性期医療の病院として位置づけられています。病状により、病棟や病室の移動をお願いする場合がございますので、ご理解いただきますようお願いいたします。
- 患者さんやご家族への病状や手術などの説明は、原則として平日（8：30～17：00）にさせていただきます。なお、急を要する場合はこの限りではありません。
- 他の患者さんの迷惑や治療に支障をきたす場合（飲酒、喫煙、無断外出、ハラスメント、暴力など）は、退院していただくこともありますのでご了承ください。
- 当院では国の方針に基づき、ジェネリック医薬品の使用促進に取り組んでいます。ご理解の上、ご協力をお願いします。お薬に関する質問や相談は病棟薬剤師までお申し出ください。
- 退院は原則として、午前中とさせていただきます。

5 付き添いについて

- 当院は、原則として付き添いは必要ありません。ただし、手術後、重症、乳幼児の場合などで、ご家族または親族の付き添いを希望される方は、病棟師長を通じて主治医にご相談ください。



6 面会について

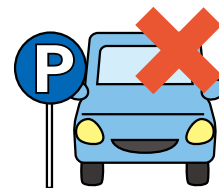
- 面会時間は平日の 14:00～17:30 となっております。
- 歩ける患者さんの面会はデイコーナーをご利用ください。
- 面会は 1 回 2 人まで近親者のみとさせていただきます。ただし、病状によってはこの限りではありません。
- 発熱のある方、体調の悪い方、お子様（中学生以下）の面会は、感染防止等の理由からご遠慮願います。
- 感染症の流行時期（COVID-19、インフルエンザなど）は面会を制限する場合があります。入院中の患者さんの安寧と安全のために、ご協力をお願いいたします。

7 食事について

- 食事の時間は、朝食 7 時 30 分、昼食 12 時、夕食 18 時に配膳します。
- 飲み物については、ダイニングルームの給茶機や自動販売機をご利用ください。
- 治療を目的とした食事や年齢に応じた食形態を提供しています。また、食物アレルギーのある方などに、状態に応じた個別対応も行います。
- 食事のご相談については、管理栄養士が対応させていただきますので、お気軽に病棟看護師にお申し出ください。
- 病院食以外の飲食については、医師または看護師におたずねください。

8 駐車場（有料）について

- 入院中の駐車場のご利用は、お断りしています。
- 入退院時の送迎、病状説明や手術の付添の方は入庫後 30 分までは無料ですが、それを超えた場合は認証が必要となりますので、各病棟スタッフステーションで押印後、2 階医事サービス課 3 番駐車券取り扱い窓口（夜間・休日は 1 階時間外受付）で認証を受けてください。
（但し、手術の付添等で長時間となった場合については別途対応いたします。）
- 上記以外の方は 1 時間ごとに 100 円の駐車料金をいただきます。



9 施設設備について

- 入浴、シャワーのご利用については、看護師にご相談ください。
ドライヤーは貸出しております。
- 各病室に備え付けのテレビ及び冷蔵庫があります。
ご利用には病棟ダイニングルームにある販売機でのカード購入が必要です。カード1枚1,000円（税込）で、テレビは1,250分、冷蔵庫は150円で24時間ご利用いただけます。退院等でカードの未使用分が生じた場合は、病院の売店で払い戻しいたします。なお、テレビをご利用の時は、**必ずイヤホンをご使用ください。**（売店でも販売しております）
- 電化製品の持ち込みはお断りしております。
特に無線を有するノートパソコンやゲーム機・音楽プレイヤーなどは、医療機器の通信障害が発生するおそれがありますので、使用しないでください。
- 各階のコインランドリーは午前7：00～午後8：00までご利用できます。

10 医療事故防止の取り組み

患者さんに安全な医療を行うため、患者さんやご家族の皆様にも治療に参加をしていただき、共同で医療事故の防止に取り組んでいます。ご協力をお願いいたします。

- 安全のための名前の確認
診察や検査（レントゲン撮影、心電図、採血など）、手術や処置、各受付や会計の際に職員がおたずねしましたら、フルネームで名前と生年月日をお答えくださるようお願いいたします。
- リストバンドの着用
患者さんご本人であることを確認するために救急外来の診察時や入院当日からリストバンドを着用していただいております。
- お薬・アレルギー・診療歴の確認
患者さんご自身の健康に関する情報（お薬・アレルギー・診療歴）はできるだけ詳しく教えていただきますようお願いしております。
- 転倒・転落の予防
慣れない病院環境や発熱などの病状による転倒やベッドからの転落により怪我や骨折などの危険度が高まる可能性があります。入院時に転倒・転落の危険性を評価し、その結果をご説明いたします。入院後にお渡しします「入院生活での転倒・転落防止対策のお知らせ」をご覧ください。



11 電話・携帯電話の利用について

- 電話は各階の東病棟にある公衆電話をご利用ください。(9階のみ西病棟)
- 携帯電話での通話は通話可能区域でお願いいたします。他の患者さんのご迷惑にならないようマナーモードにし病室内での通話をご遠慮ください。
- Wi-Fiは7時から21時までご利用いただけます。

通話可能区域

1階	正面玄関ホール・正面公衆電話付近
2階	やすらぎホール・公衆電話付近
3階	エレベーターホール
4階～9階	エレベーターホール・ダイニングルーム・デイコーナー

なお、職員が使用しているPHSは微弱電波を利用しエリアを制限する等医療上の安全を確認して使用しております。

12 室料について

- 病室は4人部屋(無料)が標準になりますが、個室等をご希望の方は、入院予約時にお申し出ください。

種別	単位	料金(税込)	種別	
特別室	1日	16,500円	ユニットバス・トイレ・冷蔵庫・ミニキッチン 応接セット・無料テレビ	5床
個室	1日	6,600円	ユニットバス・トイレ付	22床
個室	1日	5,500円	トイレ付	26床

- 各病棟に上記の個室があります。なお、7階西病棟に産科専用個室として、7,000円(ユニットシャワー付)と6,000円の個室があります。(産科入院は非課税)
また、緩和治療病棟に11,000円(和洋室・ミニキッチン・トイレ)(消費税込)の個室があります。
- 室料については、入室・退院の時間にかかわらず1日分の室料となります。
- 個室のご希望につきましてはできる限りご要望にお応えしますが、状況によってはご準備できないことがあります。また、緊急時やむを得ず個室が必要な患者さんにお譲りいただく場合がございますのでご了承願います。

13 敷地内の全面禁煙

- 当院は健康増進による受動喫煙防止のため、皆様の健康を守る立場から、敷地内全面禁煙となっております。入院中は、禁煙をお守りください。
※敷地内とは病院建物内ほか、駐車場、車内、正面ロータリーを含めた敷地全体をいいます。

14 火災、地震が発生した場合

- 火災や地震が発生した場合は、非常放送が鳴りますので、慌てずに職員の指示に従って行動してください。なお、エレベーター・エスカレーターには乗らないでください。

15 入院費の計算・ご請求

- 当院では、入院診療費が1日当たりの定額の医療費を基本とした計算方法（DPC）となっています。

『DPC（診断群分類包括評価方式）』とは？

- ・ 入院される患者様の病名や症状などをもとに、診療内容に応じた1日あたりの定額の医療費を基本として、入院全体の医療費の計算を行う方式（包括払い方式）です。
- ・ この包括点数には、入院基本料のほか、投薬・注射・検査・処置などの費用（一部を除く）が含まれています。手術・麻酔・リハビリ・一部の検査や処置などの費用は出来高方式で計算します。
- ・ 病名や診療内容によって『DPC』計算の対象外となる場合があります。また、次の場合は出来高払いとなります。（自費診療、正常分娩、労災保険、自賠責保険適用などの方）

16 入院費のお支払い

- 入院費の請求書は退院時にお渡しします。入院中の場合は月末に計算し、翌月10日頃にお渡しします。お支払いは2階医事サービス課6番お支払い窓口または自動精算機にてお願いします。休日や時間外の退院など、請求書を郵送させていただく場合もありますのでご了承ください。
- 各種クレジットカードでのお支払いも可能です。（平日のみ）
（Visa、Mastercard、JCB、American Express、Diners Club等）
- お振込を希望される場合は、請求書に記載の口座に患者さん名義にてお振込みください。
なお手数料は患者さんのご負担となります。
- 休日・時間外のお支払いは、救急時間外受付にてお願いします。
（現金払いのみ）



17 証明書、診断書について

- 入院証明書（生命保険用）などをご希望の方は、2階医事サービス課5番文書窓口にておたずねください。なお、退院日以降の受付になりますのでご了承ください。
- 入院中で職場や警察等に提出する証明書や診断書が必要な場合は、病棟看護師にご相談ください。

18 患者相談窓口

- 当院では患者さんおよびご家族が抱える不安、不満、疑問等の相談を受ける「患者相談窓口」を2階やすらぎホールに設置しております。診療、お薬、医療費、入院生活に関すること等お困りのことはお気軽にご相談ください。



19 個人情報の保護

- 患者さんや職員のプライバシーおよび病院内における個人情報を保護するため、病院内において無断で撮影や録音すること、SNS等に投稿することはご遠慮ください。
- 個人情報の取り扱いや利用目的については、2階エレベーター前および各病棟に掲示しております。

20 研修医・学生の研修・実習

- 当院ではこれからの医療を担う人材を育てるため、医師の臨床研修ならびに医療関連学校の学生実習を行っております。皆さんの温かいご理解とご協力をお願いいたします。なお、学生が医療行為の一部を行うことについて同意をできない場合は、主治医もしくは病棟師長にお申し出ください。

21 健康教室

- 糖尿病の各種指導コース、腎臓病の食事指導、禁煙教室、安産教室などの健康教室を行っています。各教室のお知らせは、毎月発行の「やすらぎ」に掲載してあります。

22 がんに関する相談

- がん相談支援センターでは、がんに関するさまざまな相談をお受けしています。
相談日：平日（月～金） 9：00～17：00
ご相談の方はお気軽に入院病棟の師長または担当看護師にお問い合わせください。



理 念

人道・博愛の赤十字精神にもとづく良質で安全な医療の提供

基本方針

- 1 患者さん中心の医療を提供します
- 2 より安全で高度な医療の実践を目指します
- 3 地域医療に貢献する病院を目指します
- 4 災害救護ならびに医療社会奉仕に努めます
- 5 次代を担う医療従事者を育成します
- 6 働きがいのある病院運営に努めます
- 7 健全経営の維持に努めます

患者さんの権利

病院の「理念」・「基本方針」にもとづき患者さんが安心して医療を受けることができるよう、以下の権利を大切にします

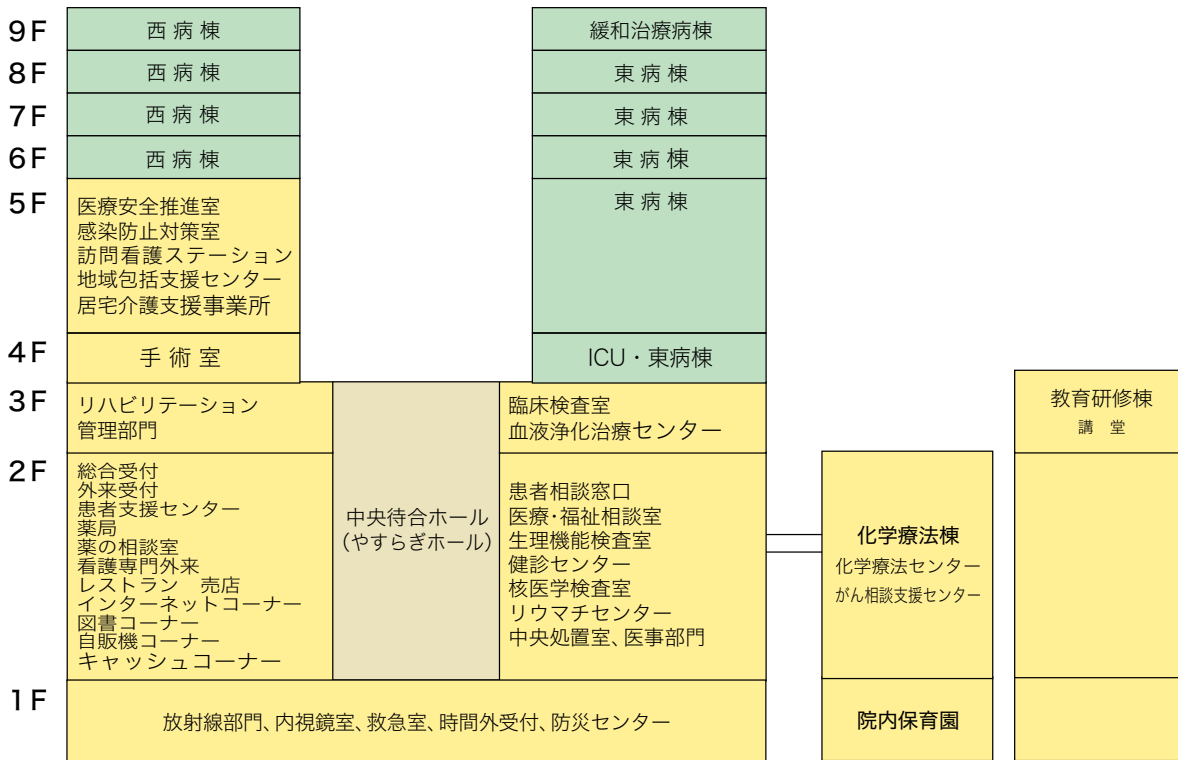
- 1 個人の尊厳が守られる権利
- 2 プライバシーが保障される権利
- 3 適切な情報と説明を受ける権利
- 4 自ら医療行為を選択する権利
- 5 適切で最善の医療を受ける権利
- 6 子ども達が分かりやすく心のこもった医療を受ける権利

患者さんの責務

医療は患者と医療者との共同作業です。より適正な医療提供のため、以下の責務について十分ご理解をいただき、ご協力をお願いします。

- 1 ご自身の健康状態に関する正確な情報をお伝えください。
- 2 医療者と力を合わせて診療に参加し、最大限の治療効果を発揮できるようにご協力ください。
- 3 病院のルールに従い、院内での迷惑行為は慎んでください。
- 4 受けた医療に対し、診療費をお支払ください。

院内のご案内



富山赤十字病院

地域医療支援病院・富山県がん診療地域連携拠点病院
臨床研修指定病院・災害拠点病院

日本赤十字社

〒930-8562 富山市牛島本町2丁目1番58号
TEL 076-433-2222 / FAX 076-433-2274
ホームページ <http://www.toyama-med.jrc.or.jp>

病院周辺地図



交通のご案内

- バス： 富山駅北口1番のりばより5分
- タクシー： 富山駅北口より5分
- 徒歩： 富山駅北口より15分

