

病院 地域連携室

入院ご担当者 様

謹啓、時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。  
平素より当院の医療連携に格別のご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。  
また 患者様のご紹介につきましては、多大なるご理解とご協力を頂いており  
ますことを合わせて御礼申し上げます。

この度、当院の入院案内と受け入れ態勢について改めてご案内を差し上げたい  
と存じます。お忙しい中、恐縮ではございますが、一読頂ければ幸甚に存じます。  
一今後とも、ご協力を賜ります様よろしくお願い申し上げます。

謹白

医療法人社団 輔仁会  
片倉病院  
院長 豊島 秀男

令和2年9月1月現在

## 病院基本情報

病院名	片倉病院
法人名	医療法人社団輔仁会
TEL	044-866-2151
FAX	044-855-8412
ホームページ	URL : <a href="http://www.katakur-hp.com">http://www.katakur-hp.com</a>
入院窓口	連携担当（片山）又は医事課 問合せ時間 9:00～17:00
施設基準	障害者施設等入院基本料 15:1 30床 特殊疾患入院施設管理加算 看護配置加算 看護補助加算1 人工腎臓透析液水質確保加算1 下肢末梢動脈疾患指導管理加算
該当患者様	重度の障害者、重度の意識障害者 例）脳卒中後遺症かつ透析患者 JCSⅡ-3以上又はGCS8点以下
入院時必要書類	入院証書（保証人要） 健康保険証 公費医療証、限度額認定証、更生医療証 入院保証金 50,000円
入院費用	室料差額 個室① 10,000円/日 個室② 7,000円/日 2人部屋 3,000円/日 ※ 室料差額 別途消費税をいただきます。 アメニティ（オムツ含）は別途業者にて有

入院中のリハビリテーションも可能です。

上記、施設基準に該当しない方でも検討させていただきますので、ご相談ください。

# 片倉病院入院のご案内

## ご入院のご相談

まずは、お電話にてお問い合わせください。

044-866-2151 連携担当（片山）又は医事課（9:00～

### ① 診療情報提供書の提出

保険証及び医療受給者証の提出もお願いします。

FAXでも結構です。

### ① 看護サマリーの提出

長期入院となるため、看護介護の情報提供をお願いします。

### ② 医師による入院判定

ご入院可能かどうか判断させていただきます。

### ③ 結果報告

お電話にて結果をお伝えします。  
入院面談、見学の予定をおとりさせていただきます。

### ④ 入院面談、見学

当院に来院していただき院内見学、入院に必要な書類、入院費の説明をさせていただきます。

### ⑤ 医師による入院決定

最終入院判定をさせていただきます。  
判定後、入院日を決めさせていただきます。  
（満床の場合は待機を経て入院となります）

### ⑥ ご入院

# ‘片倉病院’ 入院費概算表

※当院31日間入院の平均にて試算（令和2年9月現在）

## ★入院保証金

50,000円

## ★室料差額

個室① ￥10,000/1日

個室② ￥7,000/1日

2人部屋 ￥3,000/1日

（※別途消費税）

診療費	健保単独	○	○	○
	特定疾病療養受領証	○	○ (1万or2万)	×
	障害者医療症	○	×	×
	計	0	10,000	44,400
			20,000	(多数該当) ※所得による
食事負担金		42,780	42,780	42,780
入院アメニティ料		35,650	35,650	35,650
入院費計		78,430	88,430	122,830
			98,430	

※入院アメニティ料には、寝巻・日用品・オムツ等が含まれます。

◎生活保護もアメニティ料 ￥35,650の負担があります

患者情報シート

【基本情報】

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者名		男・女	MTS 年 月 日	才
患者住所		在宅 入院中 ( ) 施設入所 ( )		
電話				

主病名	
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (脳卒中・脳梗塞・脳出血) <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ( ) )
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )

保証人	氏名		続柄	
	住所			
	電話	①	②	
緊急時 連絡先	氏名		続柄	
	住所			
	電話	①	②	

【保険関係情報】

医療保険	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 更生
公費医療	<input type="checkbox"/> 障害者医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 更生医療証
身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請中

【家族構成・状況等】

<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 ( )
--

【意志疎通・医療処置関係】

視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 有 ( )	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠 ( )
聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 難聴	感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
理解力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
会話	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認知	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
透析導入	年 月 日	その他	

【ADL状況】

食事	<input type="checkbox"/> 経口 ( 自立・一部介助・全介助 ) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> PEG
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助