

# 入退院手続き について

必ずご確認ください



独立行政法人国立病院機構  
東広島医療センター

# 入院手続きについて





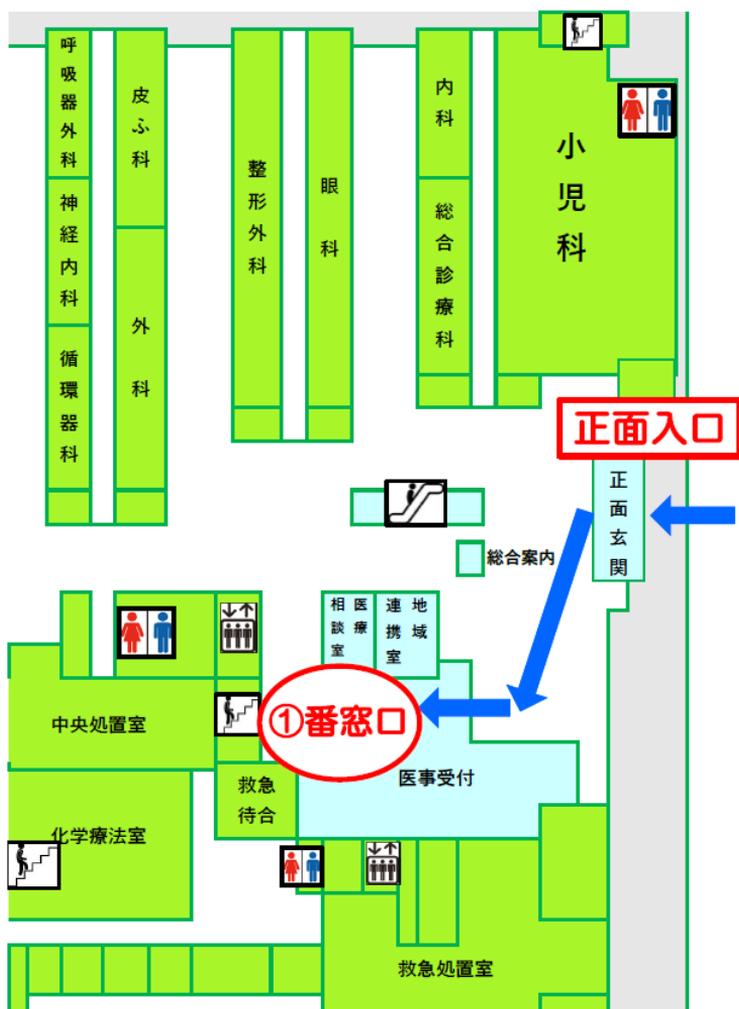
# 手続きの場所



## 手続き場所

1 階

①番窓口  
入院受付





## 手続きの場所



### ①番窓口入院受付





ご協力をお願いします

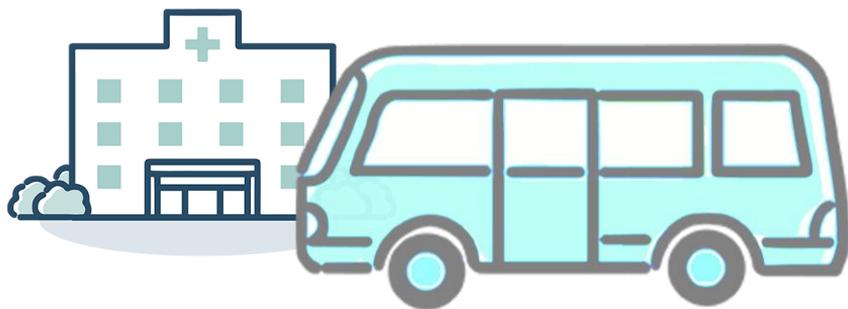


ご注意ください

入院患者さん専用の  
駐車場はありません



公共交通機関でご来院  
ください





入院当日に

①番窓口入院受付に  
お持ちください

書類

ご記入の上お持ちください



保険証・

マイナンバーカード・  
公費医療証



限度額認定証

(マイナ保険証の方は  
カードリーダーにて利用提供  
を選択)



診察券



入院前確認用紙



入院申込書





入院当日に

①番窓口入院受付に  
お持ちください

書類

ご記入の上お持ちください



身元引受書兼  
診療費等支払保証書



入院される患者様へ



退院証明書  
(お持ちの方のみ)



予後調査への同意書





入院当日に  
**病棟**にお持ちください

書類

ご記入の上お持ちください



入院案内確認票





入院当日に  
病棟でご提示ください

## お薬



現在使用されている  
お薬すべて★



お薬手帳



お薬説明書  
(薬剤情報提供書)

- ★ ・ 医療機関で処方された飲み薬 ・  
点眼薬 ・ 貼り薬 ・ 軟膏 ・  
吸入薬 ・ 注射器など
- ・ 薬局などで購入された市販薬  
も含まれます

お薬は入院予定日数  
プラス1日分多めに  
ご用意ください



# 書類の書き方 について





# 身元引受書兼 診療費等支払保証書

## 身元引受書兼診療費等支払保証書

Payment and Contact form

独立行政法人 国立病院機構  
東広島医療センター院長 殿  
To Director of Higashi Hiroshima Medical Center

年 月 日

ID

ふりがな  
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なります。

I take responsibility for the patient who is written in above while he/she is hospitalized in this hospital.

When the hospital instruct the patient leave this hospital, I will be responsible for making sure that the patient leave on the specified date.

I will let you know if anything changes.

身元引受人 Next of Kin/Contact			
現住所 Address	〒	電話番号 Phone No.	
ふりがな 氏名 Name		患者との関係 Relationship	
職業 Occupation		生年月日 Date of birth	明・大・昭・平・令 年 月 日
勤務先名称 Work place			
住所 Address of work place	〒	電話番号 Phone No. of work place	

- (注) 1. 「身元引受人」は、患者本人以外の成年者をお願いします。  
NOTE The Next of Kin has to be an adult other than the patient himself/herself.
2. 「身元引受人」本人が自署する場合は押印は不要です。それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要です。  
If the Next of Kin does not sign by oneself, his/her signature stamp or finger print is required to the right side of one's name.

上記患者の貴院入院中の診療費等は、納入告知書記載の納付期限内に(退院の場合は退院時)に支払義務者が必ず支払いたします。万一、指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なります。

I, the guarantor surely pay for the medical expenses that is charged to the patient by the due date.

In case of that the guarantor cannot pay for the medical expenses, I, the joint guarantor share the payment responsibility with the guarantor to pay it without delay.

I will let you know if anything changes.

支払義務者 Payment Guarantor			
現住所 Address	〒	電話番号 Phone No.	
ふりがな 氏名 Name		患者との関係 Relationship	
職業 Occupation		生年月日 Date of birth	明・大・昭・平・令 年 月 日
勤務先名称 Work place			
住所 Address of work place	〒	電話番号 Phone No. of work place	

連帯保証人 Joint Guarantor			
現住所 Address	〒	電話番号 Phone No.	
ふりがな 氏名 Name		患者との関係 Relationship	極度額 (保証限度額) Maximum Guarantee Amount
職業 Occupation		生年月日 Date of birth	50万円
勤務先名称 Work place		明・大・昭・平・令 年 月 日	
住所 Address of work place	〒	電話番号 Phone No. of work place	

- (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、患者様が未成年者の場合は親権者等の方をお願いします。  
NOTE The guarantor has to be a person who is over 20 years old and payable. If the patient is a minor, the guarantor has to be a person who is in parental authority.  
(この要件を満たす場合、患者様と支払義務者が同一でも差し支えありません。)  
(If the patient is over 20 years old and payable, the patient can be guarantor.)
2. 「連帯保証人」は、「支払義務者」とは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。  
The joint guarantor has to be a person who is over 20 years old, payable and sets up an independent living arrangement from the guarantor.
3. 「支払義務者」や「連帯保証人」本人が自署する場合は押印は不要です。それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要です。  
No seal is required if the person signing the form is the person responsible for the payment or the guarantor. Otherwise, a seal is required to be affixed on the right side of the name.



# 身元引受書兼 診療費等支払保証書



ご記入をお願いします

身元引受書兼診療費等支払 Payment and Contact form	
独立行政法人 国立病院機構 東広島医療センター院長 殿 To Director of Higashi Hiroshima Medical Center	ID _____
身元引受人	
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つた	
When the hospital instruct the patient leave this hospital, I will be responsible for making sure that the patient leave on the spot. I will let you know if anything changes.	
代筆の場合、ご捺印	
Address	
ふりがな 氏名 Name	患者との関係 Relationship
職業 Occupation	生年月日 Date of birth
勤務先名称 Work place	
住所 Address of work place	〒 _____
<p>(注) 1. 「身元引受人」は、患者本人以外の成年者をお願いします。</p> <p>NOTE The Next of Kin has to be an adult other than the patient himself/herself.</p> <p>2. 「身元引受人」本人が自署する場合は押印は不要です。それ以外の場合は</p>	

配偶者や親族、友人、知人  
など成年者

(⊘患者さんご本人は不可)



# 身元引受書兼 診療費等支払保証書



ご記入をお願いします

住所 Address of work place	〒	電話番号 Phone No. of work place	
<p>(注) 1. 「身元引受人」は、患者本人以外の成年者をお願いします。 NOTE The Next of Kin has to be an adult other than the patient himself/herself.</p> <p>2. 「身元引受人」本人が自署する場合は押印は不要です。それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要 If the Next of Kin does not sign by oneself, His/her signature stamp or finger print is required to the right side of one's name.</p>			
<b>支払義務者</b>			
<p>I, the guarantor surely pay for the medical expenses that is charged to the patient by the due date. In case of that the guarantor cannot pay for the medical expenses, I, the joint guarantor share the payment responsibility with the guarantor to pay it without delay.</p>			
<b>支払義務者</b> Payment Guarantor			
現住所 Address	〒	電話番号 Phone No.	
ふりがな 氏名 Name		患者との関係 Relationship	
職業 Occupation		生年月日 Date of birth	明・大・昭・平・令
勤務先名称 Work place			
住所 Address of	〒	電話番号 Phone No. of work	
連帯保証人			

支払い能力を有する成年者  
(患者さんご本人と同一可)



# 身元引受書兼 診療費等支払保証書



ご記入をお願いします

Payment Guarantor			
現住所 Address	〒		電話番号 Phone No.
ふりがな 氏名		患者との関係 Relationship	
<b>連帯保証人</b>			
住所 Address of			電話番号 Phone No. of work
連帯保証人 Joint Guarantor			
現住所 Address	〒		電話番号 Phone No.
ふりがな 氏名		患者との関係 Relationship	
職業 Occupation		生年月日 Date of birth	明・大・昭・平・
勤務先名称 Work place			
住所 Address of work place	〒		電話番号 Phone No. of work place

(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、患者様が未成年者の場

支払義務者とは独立した  
生計を営む、支払い能力  
を有する成年者

**(⊘) 支払義務者と同一不可**





## 予後調査への同意書

### ☑️ ご記入をお願いします

○同意の撤回について  
ましたので、自らの意志により予後調査に  
( ) 同意します ( ) 同意しません  
(どちらかに○を記入して下さい)  
年 月 日

住 所 : \_\_\_\_\_  
氏 名 : \_\_\_\_\_ 印  
(必ず押印して下さい)

保護者又は代理人  
住 所 : \_\_\_\_\_  
氏 名 : \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) 印

調査への同意説明書》

では、当院を受診される人々に最善の治療を提供するため、国内外の各種学会が発しているガイドラインに準拠した治療を行っています。その治療の成果を明らかにする治療された患者さんの経過を長い期間観察して、生命予後を含めた予後調査を行うあります。

調査にあたり患者さんへご協力頂きたい内容は以下の3点です。

存確認のために封書による近況調査へのご協力

で亡くなられている場合には、法務局へ死亡年月日・場所・原因の照会



# 医療相談について





## 医療相談について

病気や入院生活における  
心配なこと・不安なこと  
のご相談をお受けします

- ☑ 相談は、電話にてご連絡  
もしくは、直接⑧番窓口  
医療相談支援センターに  
お越しく下さい



082-423-2176(代表)



# 各種書類の発行 について



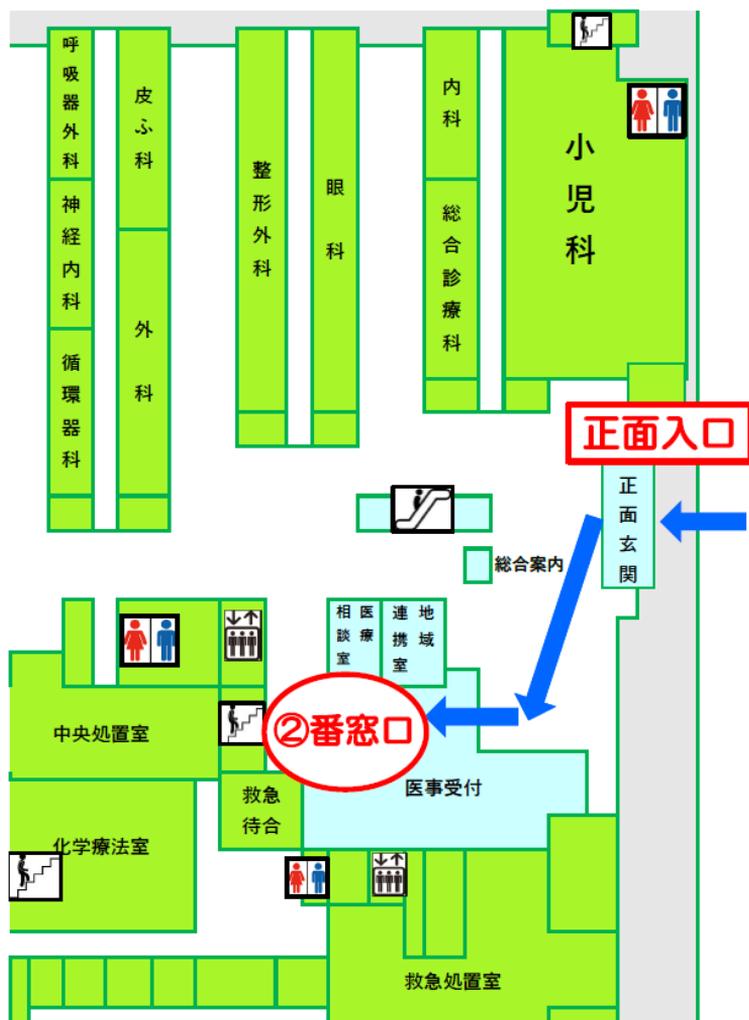


# 各種診断書・証明書 の手続きについて

## ✓ 手続き場所

1 階

②番診断書受付  
カウンター





## 各種診断書・証明書 の手続きについて

---

### 受付時間

月～金 8:30～17:15

### 持ち物

診察券と必要な書類



書類のお渡しには  
**2週間程度**かかります

# 退院とお支払い について





## 退院の手続きについて

---

退院の許可



退院日の調整



入院費のお知らせ



お支払い



退院

退院は**原則午前中**です



## 入院費用について

### お支払い場所

1 階 ⑤番会計カウンター

### お支払い方法

現金または  
クレジットカード

⑤番会計  
カウンター

平日  
8:30～17:15

※休日・夜間は①番窓口で対応可能です





## 入院費用について

---

- ✓ 月末締め、翌10日前後に  
請求書を病室までお届け  
します
- ✓ 退院時の精算は、概算  
を前日に、確定金額を  
退院当日にお知らせし  
ます
- ✓ 領収書は、大切に保管し  
てください





## 入院費用について

- ✓ コンビニエンスストアでお支払い頂くことも可能です

ご希望の方は

1 階

①番窓口  
入院受付

までお申し出ください



ご確認

ありがとうございました



独立行政法人国立病院機構

東広島医療センター

