

施設基準一覧

- 回復期リハビリテーション病棟入院料 3
- 運動器リハビリテーション料 1
- 脳血管疾患等リハビリテーション料 1
- 医療安全対策加算 2・医療安全対策地域連携加算 2
- データ提出加算 1
- 入院時食事療養 1・入院時生活療養 1
- 二次性骨折予防継続管理料 3
- 外来・在宅ベースアップ評価料 1
- 入院ベースアップ評価料 50

以上

入院基本料に関する事項

病棟名：回復期リハビリテーション病棟

入院基本料：回復期リハビリテーション病棟入院料 3

病床数：41 床

当病院では 1 日に 9 人以上の看護職員が勤務しています。

また、時間帯の配置では

1. 8:30 から 17:00 までは看護職員 1 人あたりの受け持ち数は 9 人以内です。
2. 17:00 から 8:30 までは看護職員 1 人あたりの受け持ち数は 21 人以内です。

看護補助者は 1 日 3 人勤務しています。

入院食事療養について

当院では、「入院時食事療養費（Ⅰ）」の届出を行っており、管理栄養士によって管理された食事を適時・適温に考慮し提供しております。

朝食	8:00
昼食	12:00
夕食	18:00

食事自己負担額（1食につき）

※令和6年6月1日から

下記以外の方	490 円
住民税非課税（区分オ）・低所得（区分Ⅱ）の方	230 円
低所得（区分Ⅰ）の方【回復期】	110 円
〃 【回復期以外】	140 円

カルテ等の開示を希望される方へ

当院では、患者様が自分の病気について深く理解された上で治療に専念していただけるように、患者様からのカルテ等診療記録の開示の希望があった場合には、治療効果への影響やプライバシーの保護について支障が生じないことを確認した上で開示しておりますので厳密な書類上の手続きが必要となります。

開示を希望される方はこのご案内をご覧ください、必要な書類をご持参の上お手続きされますようお願いいたします。

1 開示を申請することが出来る方

- (1) 満 15 歳以上の患者様ご本人（ただし、成年被後見人等を除きます。）
 - (2) 患者様の法定代理人（親権者、後見人）
 - (3) 実質的に患者様のお世話をしている親族またはこれに準ずる方。
- ★ただし、(2)(3)において、患者様が満 15 歳以上の場合は、成年被後見人等を除き、患者様の同意が必要となります。

2 申請の手続き

- (1) 申請される方は、診療情報申請書にご記入の上、必要な書類を添えて医事課へ提出して頂きます。
- (2) 申請書を受理後は、開示しても差し支えがないか等について病院として検討をさせていただきますので決定までの間お待ち頂きます。
- (3) 決定後申請者宛に開示の可否について連絡いたします。
- (4) 開示を行う場合は、申請されたご本人に行うことになります。

3 開示できない場合

次の場合は開示できないこと（一部開示できないこと）がありますので、あらかじめご了承ください。

- (1) 患者様の心身状態や治療効果に悪影響があると予想させる場合。
- (2) 紹介状など第三者から得た情報が含まれており、当該第三者の理解が必要な場合。
- (3) 開示することにより患者様及び関係者の権利、利益または生命の安全を損なう恐れのある場合。
- (4) 治療目的でない診断に関する診療記録である場合。

(5)保存期間を過ぎた記録に関する場合。

診療記録：最終受診より5年を経過したもの。

画像記録：最終撮影日より5年を経過したもの。

4 申請提出の際にお持ち頂く書類

情報開示の申請をされる方の区分により、必要書類が異なります。

(1) 満15歳以上の患者様ご本人（ただし、成年被後見人等を除きます。）



書類A

(2) 患者様の法定代理人（親権者、後見人）



書類A 書類Bの両方

ただし、患者様が満15歳以上の未成年者の場合は、成年被後見人等である場合を除き、申請書の該当欄に患者様ご本人の署名捺印が必要となります。

(3) 実施的に患者様のお世話をしている親族またはこれに準ずる方。



書類A 書類Cの両方

この他に、患者様との関係を証明するものの提出をお願いする場合があります。

書類A

申請する方がご本人であることを証明できる顔写真、生年月日がある書類
(運転免許証、パスポート、公共機関発行の証明書等)

書類B

戸籍謄本、住民票、家庭裁判所等の証明書等 法定代理人であることを証明できる
公的な書類

書類C

患者様ご本人の同意書、委任状

①患者様ご本人が成人で合理的判断ができる方の場合。

同意書（申請書の該当欄に患者様ご本人の署名捺印が必要です。）

②患者様が満15歳以上の未成年者で合理的判断ができる方の場合

上記①の同意書と患者様の法定代理人の委任状が必要です。

③患者様が15歳未満の場合もしくは判断の能力に疑義のある方の場合
患者様の法定代理人の委任状が必要です。

カルテ開示に関わる料金

- ① カルテ開示基本料：5,500 円
- ② カルテ閲覧料（医師立ち会い）：4,400 円/30 分毎
- ③ カルテ閲覧料（医師立ち会いなし）：1,000 円/30 分毎
- ④ 診療録の複写料：1 枚 20 円（カラー：1 枚 35 円）
- ⑤ レントゲンフィルム複写料：1 枚 250 円
CD-R の場合 4 枚まで 1,100 円 5 枚以上 1 枚毎に 275 円
- ⑥ レセプト発行料：1 か月毎 3,000 円

受付日時

10:00～16:00（月・火・水・金曜）

木・土・日曜及び祝日は受付できませんので、ご了承ください。

一般名処方加算の施設基準に関する掲示

当院では、後発薬品のある医薬品について特定の医薬品名を指定するのではなく、薬剤成分をもとにした一般名処方（一般的な名称により処方せんを発行すること）を行う場合があります。

一般名処方によって特定の医薬品の供給が不足した場合であっても、患者さんに必要な医薬品が提供しやすくなります。

R6年1月 更新

『個別の診療報酬の算定項目がわかる明細書』の発行について

当院では、医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成30年4月1日より領収書発行の際に個別の診療報酬の算定項目がわかる明細書を無料で発行することと致しました。

また、公費負担医療の受給者で、医療費の自己負担のない方についても、平成30年4月1日より明細書を無料で発行することと致しました。

なお、明細書には使用した薬剤の名称や、行われた検査の名称が記載されるものですので、その点ご理解いただき、ご家族など代理で会計を行う場合、その代理の方への発行も含めて、明細書の発行を希望されない方は会計窓口にてその旨お申し出下さい。

令和6年11月改訂

自 費 一 覧

当院では、以下の項目について、その使用量・利用回数に応じた自費の負担をお願いしています。

	価 格 (税 込)
病衣	1 日 77 円
オムツ (尿とりパット)	1 枚 66 円
オムツ (パンツタイプ)	1 枚 160 円
オムツ (オープンタイプ)	1 枚 160 円
防水フィルム (入浴用)	1 枚 220 円
イヤホン	1 個 250 円
マスク	1 枚 22 円
軟膏容器	20g→55 円 30g・50g→110 円
水剤容器	100ml→60 円 200ml→120 円

R5 年 4 月改定

予 防 接 種 一 覧

当院では、以下の予防接種を行っております。(R6年10月更新)

	価格／1回
インフルエンザワクチン	
一般	3,900 円
日田市 (65歳以上)	1,500 円
日田市 (6ヶ月～中学生)	2,900 円
コロナワクチン	
コミナティ (ファイザー)	
一般	17,250 円
日田市 (65歳以上)	2,000 円
肺炎球菌ワクチン	
ニューモバックス	
一般	8,690 円
日田市 (65歳、1回目)	2,450 円
帯状疱疹ワクチン	
弱毒性水痘ワクチン (生ワクチン)	
50歳以上	8,000 円
シングリックス (不活化ワクチン)	
50歳以上 (2ヶ月間隔で2回接種)	22,000 円

※接種ご希望の際は予約が必要となります。

※個人負担免除対象の方は、接種前に必要な証明書を窓口に提出してください。

患者相談窓口のご案内

当院では、下記の内容等についてご相談を受け付けております。

- 治療を受けるうえでの不安や悩み、疑問。
- 医療費の支払いや福祉制度など。

お気軽に職員にお申し出ください。