入院のご案内

入院日時：　　月　　日（　　）　　時までに

再来機で診察券をとおして、

→　　→ 1 階 ⑤番 入院・退院受付へお越しください。

休診日に入院された方は、後日 1 階⑤番 入院・退院受付での
お手続きが必要です。

川崎市立多摩病院

指定管理者　学校法人 聖マリアンナ医科大学

〒 214-8525　神奈川県川崎市多摩区宿河原 1-30-37　TEL：044-933-8111（代表）

入院される患者さん・ご家族の方へ

患者さんの安全を守り、診療を円滑に行うとともに最善の医療を提供するためにご協力をお願いします。

◆患者さんの緊急度や重症度により、同一病棟での転室や他病棟への転棟をお願いすることがありますので、主治医の指示に従ってください。
◆院内での暴言・暴力や迷惑行為、および器物破損行為を禁止します。診療を阻害するような迷惑行為があった場合、ご自分やご家族の意思に関わらず診療をお断りし、退去していただくことがあります。
◆病院敷地内は**全面禁煙**となっております。

病院の理念、基本方針等

【理　念】

私たちは、市民がいつでも、安心し満足できる、愛ある医療を提供します。

【病院の基本方針】

医療スタッフ連携のもとに最適な医療を提供します。
24 時間、365 日、救急・災害時医療を提供します。
地域の医療・保健・福祉と密接に連携します。
市民の健康保持増進と疾病予防に努めます。
良質な医療を行う医療人を育てます。
環境に優しい医療を提供します。
医療資源を大切にし、効率的に運営します。
安全で安心な医療を提供できる職場環境を作ります。

【患者さんの権利と責務】

Ⅰ．権利

どなたも平等に、適切な医療サービスを受けられます。
病気と治療について十分な情報と説明を受けたうえで、治療方針をご自分の意思で決められます。
医療者の教育や実習・研究的治療への協力を求められても断れます。
意思に反する医療の提供及び教育・研究への協力を拒否しても、何ら不利益を被ることはありません。
診療情報が保護されプライバシーは尊重されます。
診療に関する記録の開示を受けることができます。
セカンドオピニオンを求めることができます。

Ⅱ．責務

ご自分の体調等の情報を正確に医療者へ伝える責務があります。
治療方針の決定について、ご自分の意思を明らかにする責務があります。
治療に必要な診療上の指示を守る責務があります。
病院の快適な療養環境を維持する責務があります。

こどもの患者さんの
権利に関する事項

上記QRコードより
ご確認いただけます。

QR コード読取りによる確認が難しく、ご希望の方へは 5 番入院・退院受付にてお渡しします。

川崎市立多摩病院個人情報保護方針

当院は、従来より患者さんの個人情報の取り扱いには、細心の注意を払い取り組んでおります。「個人情報保護法」に則り、これまでにも増して万全の体制で患者さんの個人情報を保護する観点から、次のような「個人情報保護方針」を定めます。

1. 個人情報の収集について
2. 個人情報の利用および提供について
3. 個人情報の適正管理について
4. 個人情報の確認・修正等について
5. お問合わせ窓口
6. 法令の遵守と個人情報保護の仕組みの改善

詳細は院内掲示と病院ホームページ、右記 QR コードよりご確認いただけます。

QR コード読取りによる確認が難しく、ご希望の方へは 5 番入院・退院受付にてお渡しします。

川崎市立多摩病院における個人情報の取り扱いについて

当院では、患者さんの個人情報を下記の目的の範囲内で利用させていただくことがあります。ご理解いただきますようお願いいたします。

1. 医療保険請求事務
2. 検体検査等の業務委託
3. 医療事故等の報告
4. 医学生・看護学生・薬学生等の実習
5. 他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス業者との連携など

※ お願い ※

① 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合は、その旨を担当窓口（医療相談センター）までお申し出ください。

② お申し出がないものについては、同意を得られたものとして取り扱わせていただきます。

③ これらのお申し出は、いつでも変更、撤回することができます。

詳細は院内掲示と病院ホームページ、右記 QR コードよりご確認いただけます。

QR コード読取りによる確認が難しく、ご希望の方へは 5 番入院・退院受付にてお渡しします。

患者さんと医療者のパートナーシップ（協働）

川崎市立多摩病院は、救急医療と災害時医療を担う急性期病院として、『市民がいつでも、安心、満足できる、愛ある医療を提供する』ことを理念に掲げ運営しています。

患者さんと医療者とのパートナーシップは、安心・安全な医療を行う上でとても大切なことと考え、患者さんと私たちとの信頼関係を高めるために「患者さんの権利と責務」を定めています。

治療について、患者さんが納得できる医療を選択できるよう、情報を提供し説明に努めます。また、安全管理、情報開示、個人情報保護等について病院全体で指針を定め業務を遂行しています。万一、問題が発生したときは医療安全管理委員会、倫理委員会等で検討いたします。

これらのことにつきましてご不明な点がございましたら納得のいくまでご質問ください。

安全確保のためにご自身の薬剤・食物などのアレルギーについては、医療者に正確にお伝えください。また、いろいろな場面でお名前を名乗っていただいたり、注射や内服薬に記載されたお名前を確認していただくなどの形で診療に参加をお願いしています。

入院について、お気づきの点やお困りのことなどがございましたら、直接職員にお話いただくか、意見箱への投書、患者相談窓口へお申し出ください。

私たちは、患者さんとより良いパートナーシップを築きあげていきたいと考えています。

平成 21 年 12 月作成
平成 22 年　8 月改訂
平成 31 年　4 月改訂

精度管理のための残検体の使用についてのお願い

血液・尿などが正しく測定されているかを判断するための残った検体の使用について

臨床検査部では検査を終了した後に残った血液・尿などを診療以外に検査機器が正しく測定できているか判断するために使用させていただく場合があります。この使用に同意していただくかどうかは患者さんが納得した上でお決めください。同意していただけない場合は、患者さんの血液・尿などは診療目的のための検査終了後、すみやかに破棄いたします。同意いただけなかったことによる不利益を受けることはありません。また、同意した場合であってもいつでも撤回することができます。

患者さんの人権とプライバシーの保護に十分配慮するとともに遺伝子の解析には使用いたしません。

上記の内容を理解した上で、『同意いただけない方』は、記載した所定の用紙を外来または病棟看護師、医師へお渡しください。用紙の提出なき場合は同意いただいたものとして取り扱わせていただきます。

なお、所定の用紙は総合案内（1 階）、臨床検査部採血室（1 階 13 番）および病棟ワークステーションに常備しております。

ご不明な点、ご質問などにつきましては臨床検査部採血室にて承ります。

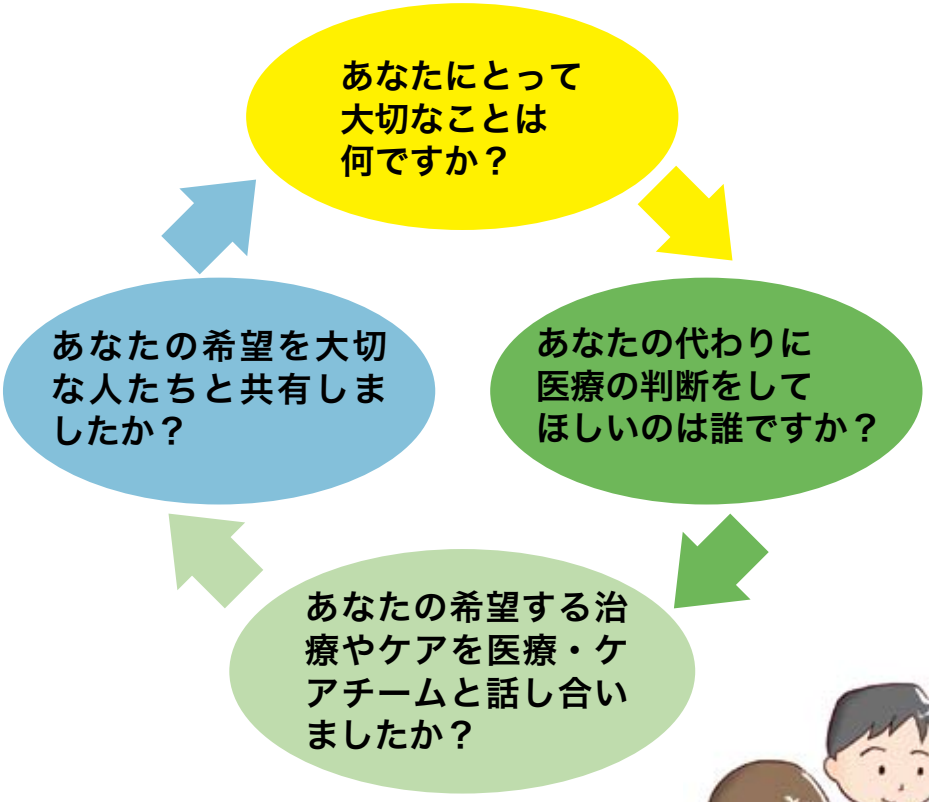
問い合わせ先：川崎市立多摩病院　臨床検査部採血室

アドバンス・ケア・プランニング（ACP/ 人生会議）について

アドバンス・ケア・プランニングとは？

全ての人が、誰でも命に係わる病気やケガをする可能性があります。そして、命の危機が迫った状態になると、70％の方が医療・ケアについて自分で決めたり、希望を伝えたりすることができないといわれています。

もしもの時に備えて、下図のような話し合いをすることを「人生会議」といいます。



継続的にこのような対話を重ねることで、住み慣れた地域や在宅で最期を迎えることができるようになっていきます。

当院の取り組みについて

当院では、人生の最終段階で受けたい医療やケアについて、患者さんご自身の意思を尊重し、ご家族や信頼のおける方々と私たち医療チームを交えて話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP/ 人生会議）を大切にしています。

「私のこれからのことシート」は、ご自身が望む医療やケアについて書き留めておくものです。外来や入院中･退院時にお渡しし、お話を伺うことがあります。

ACP の準備をしたいという方は、当院職員までお声かけください。

引用・参考先
※厚生労働省「人生会議してみませんか」
※川崎市エンディングノート（未来あんしんサポート）

見本

アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）

「私のこれからのこと」

もしもの時に備えて、あなた自身が希望する医療やケアについて考えてみませんか？

あなたの信頼する家族等や医療者と一緒に、最期の過ごし方を話し合っていくことを、アドバンス・ケア・プランニング（ACP：Advance Care Planning）といいます。

厚生労働省では、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）を推進しています。

ACPは、いつから始めればいいの？

誰もがいつ、もしもの時を迎えるかはわかりません。

そのために、今のうちから大切な人や医療者と、あなたの思いや希望を考えておき、伝えることで、あなた自身の意思を伝えたり、判断できない状況になった時に、あなたや家族の負担が軽減されることもあります。

もちろん、何度でも変更することができます。

アドバンス・ケア・プランニングに、法的な意味合いや拘束力はありません。

健康状態や環境の変化、気持ちの変化によって、いつでも、何度でも書き直すことができます。

STEP 1　あなたの希望や思いについて考えましょう

あなたにとって大切なことは何ですか？
今の気持ちを整理しながら考えてみましょう。
もし、生きる時間が限られていたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？

- □家族や友人のそばにいること
- □仕事や役割が続けられること
- □身の周りのことが自分でできること
- □できる限りの治療が受けられること
- □家族の負担にならないこと
- □お金の整理をしておくこと
- □その他（　　）

その理由を書いてみましょう。

（　　）

STEP 2　あなたの健康を考えましょう

1）今、あなたは病気で治療中ですか？それはどのような病気ですか？

（　　）

2）あなたの病気の治療について、医師から説明を受けていますか？

□はい　□いいえ（どちらか選んでください）

3）あなたの病気がこれからどのような経過をたどるか、医師から十分な説明を受けていますか？

□はい　□いいえ（どちらか選んでください）

4）これからどのような経過をたどるか、もっと詳しい説明を受けたいですか？

□はい　□いいえ（どちらか選んでください）

5）受ける治療に関して、希望がありますか？
健康な方は「もし病気になったら」と仮定してお答えください。
（いくつ選んでも結構です）

- □一日でも長く生きられるような治療を受けたい
- □どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
- □苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
- □痛みや苦しみがなく、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
- □できるだけ自然な形で最期を迎えられるような、必要最低限の治療を受けたい
- □その他（　　）

6）将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいですか？

□自宅　□自宅以外（□病院　□介護施設　）
□その他（　　）　□わからない

7）あなたの病気が悪化して、もしもの時が近くなった場合に"延命治療（※）"を希望しますか？

□はい　□いいえ（どちらか選んでください）

※"延命治療"とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する（死の経過や苦痛を長引かせることもあります）ための医療処置を意味します。

STEP 3　あなたの代わりに伝えてくれる人を選びましょう

もしも、あなたが病状などにより、自分の考えを伝えられなくなった時や、治療などについて決められなくなった時に、あなたの代わりに治療やケアについて話し合う信頼できる家族や友人の方はどなたですか？

具体的なお名前と間柄を記入してください。

＿＿＿＿＿＿＿＿様　ご関係（　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿様　ご関係（　　）

その方にお願いしたい理由を教えてください。

（　　）

STEP 4　希望や思いについて話し合いましょう

あなたの代わりに意思決定をしてくれる方や、医師・看護師・ケアマネジャー等と、しっかりと話し合いをしましょう。当院から地域の関係者に情報を共有してもよいですか？

□はい　□いいえ（どちらか選んでください）

もし、あなたが話し合う前に意向が言えなくなってしまった場合には、当院の医療者が、家族や友人に情報を共有してもよいですか？

□はい　□いいえ（どちらか選んでください）

STEP 5　あなたの考えを文章にしましょう

あなたの考え・思いなどを、自由に書いてください。

記載年月日　20　年　月　日

ご本人氏名

家族等氏名　ご関係（　　）

話し合った日　20　年　月　日

話し合った医療者　職　種（　　）

・ご不明な点がありましたら、入院中の方は病棟スタッフへ、外来通院の方は外来スタッフへお尋ねください。
その他、ACPについて詳しく知りたい方は、厚生労働省の「人生会議」のホームページをご覧ください。
・このシートは、神戸大学の「これからの治療・ケアに関する話し合い」を参考にして、川崎市立多摩病院臨床倫理委員会が作成しました。

目　　次

■ 入院される患者さん・ご家族の方へ
■ 病院の理念、基本方針等
■ 川崎市立多摩病院個人情報保護方針
■ 川崎市立多摩病院における個人情報の取り扱いについて
■ 患者さんと医療者のパートナーシップ（協働）
■ 精度管理のための残検体の使用についてのお願い
■ アドバンス・ケア・プランニング（ACP/ 人生会議）について

はじめに／医療相談センターのご案内 …… 2

入院当日

1. 入院手続きの流れ …… 3

入院準備

2. 日用品等ご用意いただくもの …… 4
—レンタル品のご案内

入 院 中

3. 入院中の過ごし方 …… 5
4. 入院中のお願い …… 7
5. 面会について …… 8

病棟設備

6. 病院・病棟設備等について …… 9
7. 病室のご案内 …… 10

費　用

8. 入院医療費について …… 11

そ の 他

9. その他 …… 13
10. 使用中医薬品情報提供書　ご協力のお願い …… 16

使用中医薬品情報提供書
入院履歴確認書／記載例
入院証書／記載例

はじめに

川崎市立多摩病院は、地域医療支援病院の承認を受け、質の高い急性期医療・救急医療を提供することを責務としております。

このため、病状が落ち着き安定した場合には、他の病院・医療施設へ移っていただくことを原則としております。

また、当院は神奈川県災害医療拠点病院であり、各種災害時には被災者の受け入れが責務となっております。その際には外来規制・転院・退院をお願いすることがございますので、皆さまのご協力をお願いします。

なお、入院中に関しましてもご本人あるいはほかの患者さんの病状によって、病室を移っていただく場合もありますので、ご了承ください。

● 医療相談センターのご案内

医療相談センターでは、以下の内容についてのご相談をお受けします。

・各種社会福祉制度の活用に関する相談
・退院後の療養生活に関する相談
・入院に際しての経済的不安などに関する相談
・その他、外来・入院診療に関する相談

ご相談の内容にあわせて、ソーシャルワーカー・看護師・事務職員が対応しております。
個人情報の管理は、厳守致します。お気軽にご相談ください。
なお、地域医療支援病院として、地域の医療機関と連携し紹介等を行っております。

《 ご利用方法 》

医療相談センター（1 階 6 番）へ事前にお電話でご予約ください。

● 月～金曜日　　9：00 ～ 16：30
● 第 2・4・5 土曜　　9：00 ～ 12：00

※ 事前のご予約なく、ご相談いただいた際は、お待ちいただくことがあります。ご了承ください。

1. 入院手続きの流れ

● **入院が決まりましたら、1 階 5 番 入院・退院受付へお越しください。**

＊入院日の変更・キャンセルを希望される方は、お電話をいただくか、来院時に 1 階 5 番入院・退院受付へご相談ください。

連絡先	**入院・退院受付**（1 階 5 番）
受付時間	8：30 ～ 17：00（平日） 8：30 ～ 12：30（第 2・4・5 土曜）

入院当日、1 階⑤入院・退院受付での手続きに必要なものです。ご準備のうえご提示ください。

□ ① 診察券
□ ② 健康保険証
□ ③ 各種医療証／限度額適用認定証　※ お持ちの方のみ
□ ④ 入院履歴確認書　※ 事前にご記入ください。
□ ⑤ 入院証書（支払誓約書）　※ 事前にご記入ください。
□ ⑥ 印鑑（シャチハタ不可）
□ ⑦ 入院のご案内（本冊子）
□ ⑧ 特別療養環境室（差額ベッド）同意書　※ ご希望の方のみ

〈出産の方〉上記①～⑧に加え
□ ① 預り金（￥50,000）現金のみ
□ ② 出産育児一時金の医療機関直接支払制度合意文書（2 枚）

▲出産の方用

※ **限度額適用認定証の申請について**　発行後、病院窓口へ提示することで入院費の窓口負担を抑えることができます(P12 参照)。

入院される病棟へご提示いただくものです。
病棟クラーク（事務）または病棟看護師へご提示ください。

□ ① 診察券
□ ② 入院情報提供書　※ 事前にご記入ください。
□ ③ 検査・手術等の同意書（お受取りになられている方のみ）
□ ④ レンタル用品の申込書（ご希望で事前に受け取られている方）
□ ⑤ お薬（入院時に服用中の方）
□ ⑥ おくすり手帳
※ パジャマ等のレンタルをご希望の方は、病棟でお申付けください（P4 参照）。

2. 日用品等ご用意いただくもの

〈 レンタル品のご案内 〉

当院では、入院中の必要品を専門業者に委託しております。ご希望の場合は、1 階アメニティ窓口（正面玄関横）で申込用紙をお受取りください。

Aタイプ　　日額 550円（税込）

- ◆ 寝衣（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）　**＋ 日用品等**

Bタイプ　　日額 1,210円（税込）

- ◆ 寝衣（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）
- ◆ 紙おむつ（パンツ式・テープ式・尿取りパッド）　**＋日用品等**

◆ 日用品 ◆　※ A,Bタイプを申し込みの方は下記日用品が含まれます
(歯ブラシ／ティッシュ／コップ／ヘアブラシ／リンスインシャンプー／ボディソープ
入れ歯洗浄剤＋入れ歯ケース／口腔ケアスポンジ・ジェル／ストロー／吸い飲み 等)

Cタイプ　紙おむつ（パンツ／テープ／尿取りパッド）**日額 660円（税込）**
Dタイプ　尿取りパッド 550ml：2枚・800ml：2枚 **日額 462円（税込）**
Eタイプ　尿取りパッド 800ml（夜間用）：1枚　**日額 253円（税込）**

レンタル品
※イメージ

日用品等でご準備いただくものです。下記を参考に準備して当日お持ちください。
※レンタル品をご利用の方は**青字**の用意は不要です。

- □ ① 洗面用具（**歯みがきセット**／**入浴セット**／**プラスチックコップ**／**ヘアブラシ**／電気髭剃り／入れ歯ケース等）
- □ ② **寝衣**／上着／下着／**タオル類**／室内履き（かかとのある履物）
- □ ③ マスク（不織布推奨）／**ティッシュ**
- □ ④ テレビ用イヤホン　※２人部屋／大部屋（４人）ご利用の場合
- □ ⑤ その他 手術や治療等で各自必要なもの

※ 危険物の持ち込みは禁止しています（ハサミ／ナイフ／かみそり等）

※入院する診療科によって必要なものは医師や看護師からご案内がある場合があります。

3. 入院中の過ごし方

● 患者さんの確認について

患者さんご本人確認のため、入院中はリストバンドを着用していただきます。
また、患者誤認防止のため、さまざまな場面でフルネームと
生年月日を言っていただきますので、ご協力をお願いします。

● 病状説明等について

患者さんならびにご家族への病状説明を含む対応に関し、原則として下記の就業時間内にて行わせていただきますので、あらかじめご了承ください。

平　日	9：00～17：00
第 2.4.5 土曜	9：00～12：30

● 食事について

医師の指示に従いそれぞれの病状にあった病院食の提供となります。
入院の際、食物のアレルギーをお持ちの場合は必ずお申し出ください。
箸、スプーン、湯呑は食事と一緒に配膳します。
入院中の持ち込みは衛生上禁止しております。
選択メニューを実施しています。(食種、入院期間により実施できない場合もございます)
退院後のお食事についてご不安がある場合は栄養食事指導を実施できます。（予約制）
ご希望の方は、医師、管理栄養士、看護師へお申し出ください。

朝 食	8：00～
昼 食	12：00～
夕 食	18：00 以降

【入院食の一例】

ゼリー食　きざみ食　一口大きざみ食　普通食

● テレビ・冷蔵庫について　＊TV カード 1 枚 1,000 円

各床頭台に設置しており、ご利用には専用の TV カードが必要です。
各階の談話室（ダイニング）または防災管理室通路（1 階）に設置してある販売機にてお買い求めください。
・冷蔵庫・・・24 時間／ 200 円
・TV・・・・約 66 分／ 100 円
また、カード残金の清算は 1 階 時間外出入口に設置している
カード精算機にてお願いします。（10 円未満は返金されません）

● シーツ交換について

1 回／週行います（病棟によって曜日が異なります）。

● 入浴について

入浴およびシャワーは、病状により医師が判断をさせていただきます。患者さんの状態に合わせて身体を拭くなど介助させていただきます。利用時間･場所などは、入院時に病棟スタッフよりご説明いたします。

● インターネットの利用について

ICU 病棟を除きフリー Wi-Fi がご利用いただけます。接続方法や利用規則については、床頭台パンフレットをご確認ください。通信機器の貸出し等は行っておりません。
通信機器を使用する際は指定された場所でご使用いただく必要がありますので、病棟看護師または病棟クラークへご相談ください。
Free Wi-Fi は、時間帯・場所によりつながりにくい場合があります。　ご了承ください。

● 洗濯について

各階西病棟側にコインランドリー（有料）があります。**先着となりますので、場合によってはお待ちいただくこと**をご了承ください。

● 外出・外泊について

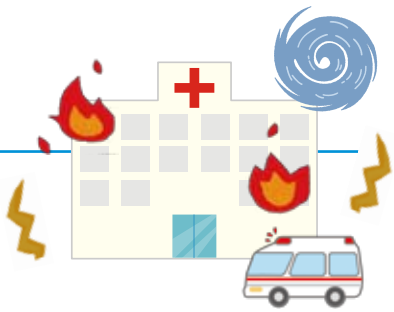
入院中に病院の敷地から出る場合の外出や外泊は、すべて**医師・病棟師長の許可が必要**になりますので、お早めに**病棟スタッフへお申し出ください。**

● 身体拘束について

当院では、**身体拘束をしないケアに取り組んでいます。**しかし、患者さんの病気に伴うさまざまな症状が原因で、安定を守れないことがあります。その場合は、患者さんやそのご家族へ連絡・相談し、患者さんにとって最適なケアを選択していますのでご協力をお願いします。

● 災害時の対応について ●

- 地震や火災など非常事態発生時は、**病棟スタッフの指示に従って行動してください。**
- 非常事態が発生した場合は、**エレベーターは絶対に使用しないでください。**閉じ込められる恐れがあります。
- 災害時の被害を最小限に、避難経路確保のため、棚の上や歩行の妨げになる可能性がある床には荷物を置かないでください。
- 避難経路図は各病棟にてご確認ください。



4. 入院中のお願い

● 現金や貴重品のお持ち込みについて

・多額の現金や貴重品はお持ちにならないでください。
・現金および貴重品は床頭台のセーフティボックスに施錠し、ご自身で管理をお願いします。
・万が一、盗難・紛失があった場合、病院では責任を負いかねます。

● 入院中の他医療機関への受診について

入院中（外出・外泊中含む）は基本的に他の医療機関での健康保険は、使用できません。担当医師が必要を認め紹介状を記載した場合のみ、他院での受診が可能となります。

※ 転院相談・判定の受診、セカンドオピニオンは保険適用外のため、原則患者さんの自費負担となります。

● 消灯時間について

消灯時間は、21：00 となっております。消灯後は他の患者さんの迷惑にならないようご配慮ください。

他の患者さんの療養の妨げになる状況（いびき・消灯後の会話／通話など）がある場合は、医師または看護師から病室についてご相談することがあります。

● 携帯電話の使用について

携帯電話は、他の患者さんの迷惑にならないようマナーモードに設定し、通話は決められたエリアにてお願いします。
個室（産科特室）にご入室の場合は病室にて使用できます。
なお、病状によってはご使用を控えていただく場合がありますのでご了承ください。

● 禁酒・禁煙について

敷地内は、終日禁酒・禁煙です。

敷地内禁酒／禁煙

● 院内での撮影・録音・SNS 等について

患者さん、職員のプライバシーおよび個人情報保護のため、無断での撮影・録音、Facebook・Twitter・インスタグラム・ブログ等の SNS への投稿はおやめください。

● 暴言・暴力・迷惑行為の禁止

飲酒、喫煙、無断外出・外泊、賭けごと、ハラスメント行為、大声をあげるなどの暴言・暴力行為などで他の患者さんの迷惑となったり、診療に支障をきたす行為があった場合、病院の判断により警察への通報、退院していただく等の対応をさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

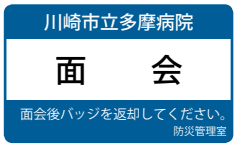
5. 面会について

面　　会		平　　日	土日・祝祭日
可	一般病棟 ※産科 / 小児科 / 緩和のぞく	13：00 ～ 20：00	11：00 ～ 20：00
禁止	荷物の受け渡し	13：00 ～ 16：00 ※火・木・土・日・祝	
	リモート面会	14：00 ～ 15：00 15 分単位／3 枠	不可

※ 産科／小児科／緩和病棟の面会については、入院時に直接病棟へご確認ください。
※ リモート面会は事前の予約が必要です。入院している病棟宛にお電話ください。
※ 面会時間や荷物の受け渡しに関するご相談は、病棟師長へお申し出ください。

● 面会受付窓口：防災管理室（1 階 時間外入り口）

入院されている患者さんのお名前・病棟を伝え、**検温**・**手指消毒**、**面会者カードに必要事項を記載**のうえ、面会バッジを見えるところに着用してください。面会バッジを着用していない方を見かけた際は、声をかけさせていただきます。



〈 面会される方へのお願い 〉

入院されている患者さんの十分な治療と安静、安全のために次のことをお守りください。

マスク着用
※不織布を推奨

検温
（37.5 度以上×）

手指消毒

少人数での
面会

病室での
飲食禁止

酒気帯び
面会禁止

感染症が疑われる
症状の方の面会禁止

生花の持ち込みは
ご遠慮ください。

小学生（12 才以下）のお子さんの面会について

12 才以下のお子さんは、大人と比べて抵抗力が弱く、ウイルス性疾患にかかりやすく無症状の場合もあり、思わぬ感染症にかかる可能性がありますので、面会はご遠慮ください。
※やむを得ない場合は、病棟看護師へご相談ください。

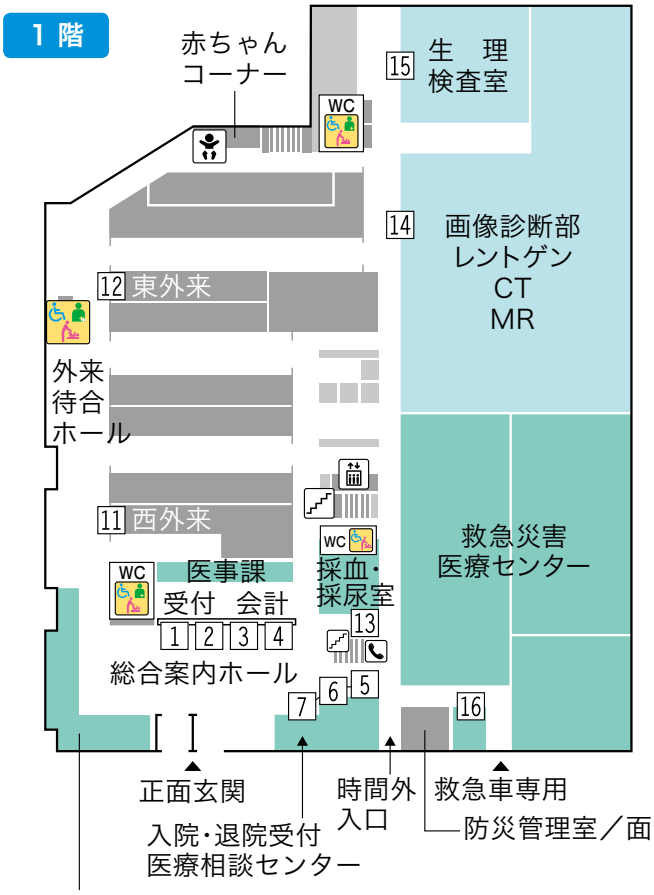
● 以下のいずれかにあてはまる方は、リモート面会でのご対応をお願いしております。
- 新型コロナウイルスワクチンを接種していない または接種後 2 週間以内の方
- ご家族または近親者の方で 1 週間以内に感染症の診断を受けた方

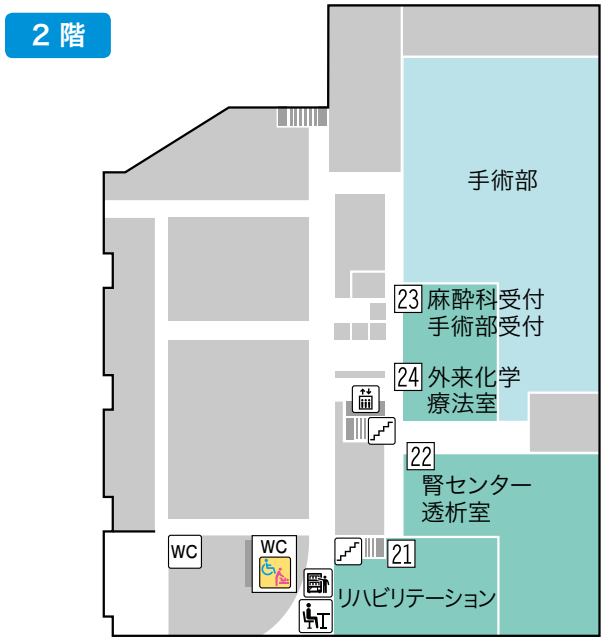
● 患者さんの病状等により面会をお断りしたり、時間の短縮をお願いする場合があります。

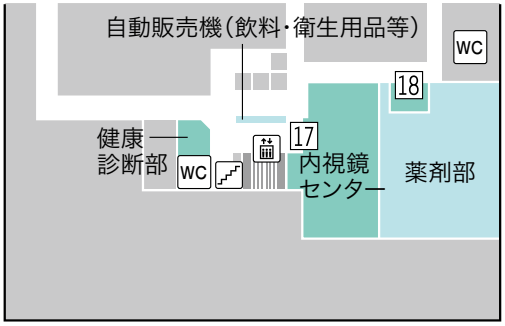
● 患者さんのご意向により入院の所在を明らかにしたくない、面会をお断りしたい場合は、あらかじめ、病棟看護師へお申し出ください。配慮させていただきます。

社会情勢（感染状況等）により面会について制限をさせていただく場合があります。

6. 病院・病棟設備等について



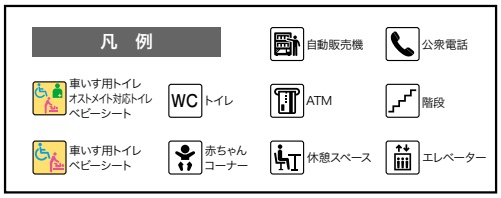




コンビニ（ローソン）

営業時間
平　日：7:30～19:00
土　曜：7:30～18:00
休診日：9:00～18:00

※ATMあり



※ 2023 年 6 月現在

● 病棟設備について　3 階～ 6 階共通

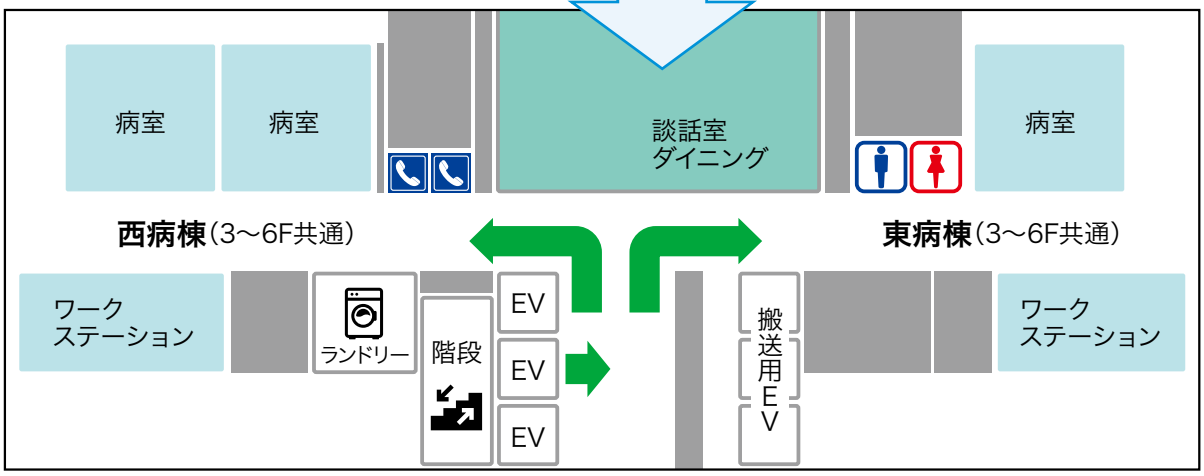
◆談話室（ダイニング）設備　※ 3 ～ 6 階共通

自動販売機

※ 1 枚（1,000 円）
15 時間使用可

テレビカード販売機

とろみ付き飲料
自動販売機
（6F のみ）



7. 病室のご案内

当院では、4 人部屋（大部屋）のほかに、有料のお部屋を 3 タイプ用意しております。ご希望の際は 1 階 5 番入院・退院受付または病棟の看護師へご相談ください。室料は、入院日／退院日それぞれ 1 日分の料金が発生します。

種　類	1 日の料金(税込)
個 室 A	18,700 円
個 室 B	14,300 円
2 人部屋	4,400 円
産科特室 (LDR)	24,000 円 (非課税)
産科個室 (個室Aと同じ)	13,000 円 (非課税)

※出産目的で利用した場合は非課税になります。

4 人部屋（広さ：42.2㎡）

個室A

1 日の料金
￥18,700（税込）

広さ：17.0㎡

■病室内容

[設備]
洗面化粧台
椅子（テーブル）
トイレ／
ユニットシャワー
19 型液晶テレビ
（使用料無料）
冷蔵庫（使用料無料）

[家具]
床頭台（カギ付）
ワードローブ
椅子

[備品]
温湿度計
ハンガー
ゴミ箱
エチケットボックス

個室B

1 日の料金
￥14,300（税込）

広さ：15.6㎡

■病室内容

[設備]
洗面化粧台
椅子（テーブル）
トイレ／
ユニットシャワー
19 型液晶テレビ(有料)
冷蔵庫（有料）

[家具]
床頭台（カギ付）
ワードローブ
椅子

[備品]
温湿度計
ハンガー
エチケットボックス

2 人室（小児病棟除く）

1 日の料金
￥4,400（税込）

広さ：24.2㎡

■病室内容

[設備]
洗面化粧台
椅子（テーブル）
トイレ
19 型液晶テレビ(有料)
冷蔵庫（有料）

[家具]
床頭台（カギ付）
ワードローブ
椅子

[備品]
温湿度計
ハンガー
エチケットボックス

産科特室（LDR）

1 日の料金
￥24,000（非課税）

夫立会い分娩が可能です。
出産前・後を通してお過ごしいただける個室です。

広さ：28.6㎡

■病室内容

[設備]
洗面化粧台
椅子（テーブル）
トイレ／ユニットバス
19 型液晶テレビ
（使用料無料）
冷蔵庫（使用料無料）

[家具]
床頭台（カギ付）
ワードローブ
椅子

[備品]
温湿度計
ハンガー
エチケットボックス

8. 入院医療費について

● ご請求内容について

入院医療費は厚生労働省が定めた DPC（診断群分類包括評価）により計算を行っています。（係数は病院ごとに厚生労働省が定めた施設基準や機能等により決定）

・入院医療費用は、退院当日に請求いたします。

・入院費用の概算を希望される方は、入院･退院受付（1 階 5 番）または病棟スタッフへお問合わせください。

・労災／交通事故で入院される方は**入院・退院受付**（1階 5番）または**公費窓口**（1階 3番）へお問合わせください。

・治療内容や期間によって、あるいは健康保険以外（労災、治験、自費等）の場合は、従来どおり診療行為ごとに計算する「**出来高方式**」での計算となります。

・治療用装具やレンタル品は、各業者へ直接お支払いとなります。

費用

● 限度額適用認定証について　※詳しくは、p12 参照

1 つの医療機関での 1 か月（月ごと）の窓口での支払い負担を軽減することができ、高額療養費（払戻し）の申請が不要になります。**入院費用と外来費用の合算はできません。**

※ **申請方法は、保険証に記載されている保険者へお問合わせください。**

※ 差額室料・文書料・健診費などの保険外負担分や食事代等は別途かかります。

● お支払いについて

会計金額が確定しましたら、1 階 5 番入院･退院受付にてお支払いをお願いします。
月をまたいで入院の方は、前月分の医療費を翌月 10 日頃に確定します。

5 番 入院・退院受付（1 階）	平　日	8：30 ～ 17：00
	第 2.4.5 土曜	8：30 ～ 12：30

現金

または

※ クレジットは「1 回払い」のみ利用可能です。
※ カードによってはご利用いただけない場合があります。
※ カードの限度額を事前にご確認のうえ、ご利用ください。

※ 出産の方は預かり証をご持参ください。

● 休日退院時のお支払いについて

退院日が休診日の場合、後日会計をお願いしております。退院後、金額確定次第、電話にて入院費用のご連絡をいたしますので、1 週間以内にお支払いください。
連絡から 1 週間以内での支払いが難しい場合は、ご相談ください。

◆ 振込先 ◆　みずほ銀行　向ヶ丘支店　普通　1044193
川崎市立多摩病院 指定管理者（カワサキシリツタマビョウイン シテイカンリシャ）
学校法人 聖マリアンナ医科大学（ガッコウホウジン セイマリアンナイカダイガク）　理事長（リジチョウ）　明石勝也（アカシカツヤ）

※ 振込人名義は患者氏名でお願いします。
※ 振込手数料はご負担願います。

費用

● 限度額適用認定証について

【70 歳未満】

適用区分		ひと月の上限額（世帯ごと）
ア	年収約 1,160 万円～ 健保：標報（月額）83 万円以上 国保：旧ただし書き所得 901 万円越	252,600 円＋(医療費−842,000)×1% 〈4 か月目～：140,000 円〉
イ	年収約 770 ～ 1,160 万円 健保：標報（月額）53 ～ 79 万円 国保：旧ただし書き所得 600 ～ 901 万円	167,400 円＋(医療費−558,000)×1% 〈4 か月目～：93,000 円〉
ウ	年収約 370 ～ 770 万円 健保：標報（月額）28 ～ 50 万円 国保：旧ただし書き所得 210 ～ 600 万円	80,100 円＋(医療費−267,000)×1% 〈4 か月目～：44,400 円〉
エ	～年収約 370 万円 健保：標報（月額）26 万円以下 国保：旧ただし書き所得 210 万円以下	57,600 円 〈4 か月目～：44,400 円〉
オ	住民税非課税者	35,400 円 〈4 か月目～：24,600 円〉

※ 過去 1 年以内に 3 か月以上高額療養費の支給を受けた場合、4 か月目からは負担額がさらに軽減します。

【70 歳以上】

適用区分		ひと月の上限額（世帯ごと）
現役並み	Ⅲ 年収約 1,160 万円～ 標報 83 万円以上／課税所得 690 万円以上	252,600 円＋(医療費−842,000)×1%
	Ⅱ 年収約 770 万円～1,160 万円 標報 53 万円以上／課税所得 380 万円以上	167,400 円＋(医療費−558,000)×1%
	Ⅰ 年収約 370 万円～ 770 万円 標報 28 万円以上／課税所得 145 万円以上	80,100 円＋(医療費−267,000)×1%
一般	年収約 156 ～ 370 万円 標報 26 万円以下 課税所得 145 万円未満等	57,600 円
住民税非課税等	Ⅱ 住民税非課税世帯	24,600 円
	Ⅰ 住民税非課税世帯 （年金収入 80 万円以下など）	15,000 円

※ 現役並みⅠ / Ⅱまたは住民税非課税等の方は別途、限度額認定証の申請が必要です。

● 食事代について

食事代（新生児等のミルクおよび流動食含む）は、以下のとおりとなります。

一般所得者	1 食 460 円
特定疾患・小児慢性特定疾患	1 食 260 円
低所得者Ⅱ（直近 1 年間の入院日数 90 日以内）	1 食 210 円
低所得者Ⅱ（直近 1 年間の入院日数 90 日超え）	1 食 160 円
低所得者Ⅰ（老齢福祉年金を受給している場合）	1 食 100 円
自費	1 食 640 円

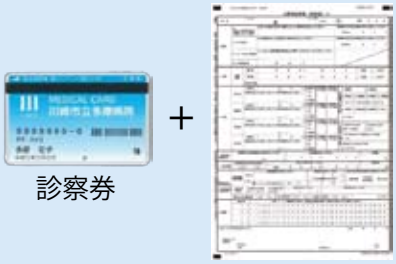
※ 限度額認定証［オ］の長期入院該当欄に日付がある場合は、該当日より減額となります。

9. その他

● 診断書等のお申込みについて

○ 入院中（入院日～退院日）のお申込みは、病棟にて受付ております。
○ 退院後のお申込みは、１階５番 入院・退院受付にてお申込みください（入院分に限る）。
○ 生命保険会社への請求は、所定の書式がある場合があります。事前に保険会社へお問合わせのうえ、書式（病院記載分）を持参くださいますようお願いします。
○ 未来日を含む記載はできません。記載希望日が経過した後、お申込みください。
○ 出来上がりまで３週間前後お時間をいただきます。
○ 電話での受付は行っておりません。
○ 出来上がり診断書の郵送をご希望の方はあらかじめレターパック（追跡できるもの）を持参ください。お申込み時に費用をお支払いいただきます。
※ 売店にてレターパック（追跡できるもの）を取り扱っております。

お申込みに必要なもの



診察券　書式 ※ある場合

● 駐車場の利用について

○ 駐車料金は川崎市条例に基づいて決められております。
○ 入院中の患者さんの駐車はお断りしてます。
患者さんご本人が運転して来院し、受診後に緊急入院となった場合は、ご家族の方に移動していただくなどの対応をお願いします。やむを得ずお車の移動ができない場合は、入院病棟師長にお申し出ください。

○ 駐車場使用料

対象	基本料金（税込）	超過料金（税込）	
診療を受ける方 面会者（入院患者の家族）	３時間まで **200** 円	３時間を超えて６時間まで１時間につき 100 円加算	６時間を超えるとき 30 分につき 200 円加算
面会者（その他） 一般料金	１時間まで **410** 円	１時間を超えるとき 30 分につき 200 円加算	
身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方で診療を受ける方、及び面会の方	無　料	駐車場使用料を精算するまえに、指定の窓口に手帳と駐車券を提示してください。	

【駐車場に関するお問合せ窓口】　1F 防災管理室（時間外入口）

● 患者さん、ご家族の方から職員（医師含む）に対する**お心づかい（金品・商品券・飲食物等）はお断りしてます。**

10. 使用中医薬品情報提供書　ご協力のお願い

入院予定の患者さんへ

川崎市立多摩病院では、患者さんが服用している薬などの情報を入院後すぐに確認できるように、保険薬局と連携して入院前に情報を記載していただいています。入院までに、以下の手順でお薬の情報を保険薬局（かかりつけ薬局）でまとめてもらってください。

ステップ１

▶次ページの「使用中医薬品情報提供書」を切り取る

ステップ２

▶薬局で書いてもらう

入院日までに、「使用中医薬品情報提供書」を、皆様が普段お薬をもらっている保険薬局（かかりつけ薬局）に提出して、必要事項の記入と資料の準備をしてもらってください。

ステップ３

▶入院時に持ってくる

記入された「使用中医薬品情報提供書」と薬局でもらった資料を、入院日に持参し入院の担当薬剤師もしくは看護師に渡してください。

問い合わせ先：川崎市立多摩病院　薬剤部
（TEL: 代表 044-933-8111, 内線 3011 ／ FAX: 044-933-8359）

使用中医薬品情報提供書

報告日：　　年　　月　　日　　添付資料：　無　・　有 (　　枚:この用紙を含む)

川崎市立多摩病院では入院中の安全な医療提供を目指し、服薬情報を一元的かつ継続的に把握すべく、保険薬局の皆様に情報提供をお願いしております。

①下記の患者情報と表中6項目の必要事項をご記入お願い致します。

②現在使用中の薬剤が全て分かる資料(薬剤情報提供書[薬情]やお薬手帳のコピー)の添付をお願いします。資料のない薬剤に関しては、備考欄にご記入お願いします。

患者診察券番号: 患者氏名: 生年月日:　　年　　月　　日	保険薬局名 _____ 所在地 _____ TEL _____ FAX _____ 担当薬剤師名
情報提供に対する患者同意:　無・有	面談者:☐ 本人　☐ 本人以外(　　)

1	アレルギー歴	無・有	(症状や原因物質、時期等 具体的に)
2	副作用歴	無・有	(症状や原因薬剤、時期等 具体的に)
3	常用OTC/健康食品 サプリメントの使用	無・有	(商品名、使用法等 具体的に)
4	医師の指示による 入院前中止薬	無・有	(薬剤名と用法用量と中止日を具体的に)
5	服薬管理者 (管理方法)	本人・他	(管理者を記入。一包化・PTP・粉砕化。管理方法が特殊な場合に具体的に)
6	使用薬剤数	内服薬_____ 剤、その他_____剤	

備考(追記事項があればご記入お願いします)

この資料を病院へ提出するよう、患者さんにお伝えください。

入院後のフロー：原本→病棟薬剤師確認→クラーク(カルテスキャン)→カルテ保管

川崎市立多摩病院　薬剤部
(TEL: 代表044-933-8111, 内線3011 / FAX: 044-933-8359)

2023年5月改訂

使用中医薬品情報提供書 追加資料

その他の医薬品

処方日処方医療機関名	処方薬剤名/規格	用法・用量・処方日数

備考(資料のない薬剤や追記事項があればご記入お願いします)

川崎市立多摩病院薬剤部
(TEL: 代表044-933-8111, 内線3011 / FAX: 044-933-8359)
2023年5月改訂

入 院 日　　年　　月　　日
入院病棟　　病棟
診療科目　　科

入 院 履 歴 確 認 書

川 崎 市 立 多 摩 病 院

厚生労働省の通達により、『長期入院に係る保険給付の範囲の見直し』がおこなわれています。
これにより各医療機関は、入院時に患者さんの入院履歴を確認する事が必要となります。患者さんには、医療機関の求めに応じて入院履歴の申告をお願いしています。

当院では、患者さんの申告（本調査書）に基づいて入院料金を計算いたしますが、保険者（各保険組合又は各市区町村）等からの連絡によって入院履歴の申告漏れが判明した場合には、厚生労働省の通達に伴い、請求金額の再計算を行い、差額の精算をさせていただく場合がありますのでご了承ください。

１.□ ３ヵ月以内に他の医療機関に入院履歴がない。
２.□ ３ヵ月以内に他の医療機関に入院履歴がある。（退院証明書のご提示をお願いします）

◎ 上記に入院履歴がある方は、下記の枠内を記入してください。

医 療 機 関	入 院 履 歴	傷病名･証明書
	年　月　日から 年　月　日まで	傷病名（　　） 退 院 証 明 書　（有・無）
	年　月　日から 年　月　日まで	傷病名（　　） 退 院 証 明 書　（有・無）
	年　月　日から 年　月　日まで	傷病名（　　） 退 院 証 明 書　（有・無）

川崎市立多摩病院 病院長 殿　　以上、申告します

年　月　日

患者氏名

申告者名

記載例

入院した日にち → 入院日　　年　　月　　日
入院病棟　　病棟
診療科目　　科

※ 本書は、今回入院した日から3ヶ月以内に他の病院（医療機関）での入院の有無について
ご申告いただく書類となります。

入院履歴確認書

川崎市立多摩病院

厚生労働省の通達により、『長期入院に係る保険給付の範囲の見直し』がおこなわれています。これにより各医療機関は、入院時に患者さんの入院履歴を確認する事が必要となります。患者さんには、医療機関の求めに応じて入院履歴の申告をお願いしています。

当院では、患者さんの申告（本調査書）に基づいて入院料金を計算いたしますが、保険者（各保険組合又は各市区町村）等からの連絡によって入院履歴の申告漏れが判明した場合には、厚生労働省の通達に伴い、請求金額の再計算を行い、差額の精算をさせていただく場合がありますのでご了承ください。

該当に☑

1．☑ 3ヵ月以内に他の医療機関に入院履歴がない。
2．☐ 3ヵ月以内に他の医療機関に入院履歴がある。（退院証明書のご提示をお願いします）

◎ 上記に入院履歴がある方は、下記の枠内を記入してください。

上記にて、2に☑した方はご記入ください。

医療機関	入院履歴	傷病名・証明書
	年　月　日から 年　月　日まで	傷病名（　　） 退院証明書　（有・無）
	年　月　日から 年　月　日まで	傷病名（　　） 退院証明書　（有・無）
	年　月　日から 年　月　日まで	傷病名（　　） 退院証明書　（有・無）

川崎市立多摩病院 病院長 殿　　以上、申告します

年　月　日　← ご記入いただいた日にち

患者氏名　川崎　多摩夫　← 入院している患者さん

申告者名　川崎　多摩美　← 患者さんご本人に代わって申告された方の氏名

※ 申告者名は、患者さんご本人が申告（記載）できない場合のみ、ご記入ください。

年　　月　　日（入院日）
年　　月　　日（記入日）

入　院　証　書

川崎市立多摩病院 病院長 殿
私は、下記事項を確認したうえで、これに同意します。

記

1. 入院中の療養に係る事項は、身元引受人または連帯保証人において、責任をもって病院側の指示通りの対応・処理にあたり、貴院に対し迷惑をかけません。
2. 診療費（保険診療に係る入院料等）、その他の諸経費の実費徴収（室料やオムツ代等）が発生した場合は、指定期日までに支払います。もし、本人が支払いを怠った場合は、連帯保証人において極度額を上限とし、完済の責を負います。
3. 2の場合で支払いがないときは、貴院が必要と判断した場合、法律事務所へ回収業務を委任し、法的措置を講じることに了承します。
4. 寝具その他の汚損にて費用が発生した場合は、自己負担します。
5. 本人の身元については、連帯保証人および身元引受人が引き受けます。
6. 退院・転院については、主治医の指示に従い速やかに行います。

患者本人	フリガナ			男・女	西暦　大・昭・平・令　　年　　月　　日 生
	氏　名				[　　歳]
	住　所	〒　　－			電話　　（　　） 携帯　　（　　）
	勤務先または連絡先	名称			電話　　（　　）
連帯保証人	フリガナ		㊞	男・女	西暦　大・昭・平・令　　年　　月　　日 生
	氏　名				[　　歳]　本人との関係 [　　]
	住　所	〒　　－			電話　　（　　） 携帯　　（　　）
	勤務先または連絡先	名称			電話　　（　　）
	第1緊急連絡先とします　☐　　第2緊急連絡先とします　☐　　身元引受人とします　☐				
極　度　額	（　　**万円**）※極度額とは、連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限です。				

※連帯保証人となる方ご本人が記載してください。　**患者さん本人とは別の方で支払い能力を有する成年者とします。**

その他連絡先	フリガナ		男・女	西暦　大・昭・平・令　　年　　月　　日 生
	氏　名			[　　歳]　本人との関係 [　　]
	住　所	〒　　－		電話　　（　　） 携帯　　（　　）
	第1緊急連絡先とします　☐　　第2緊急連絡先とします　☐　　身元引受人とします　☐			

※入院証書は入院の都度、ご記入いただくものです。

オンライン認証システムにて限度額の確認ができるようになりました。

病院が限度額の確認を行うことに同意します。

年　　月　　日　氏名

川崎市立多摩病院　医事課　2020.4～
2021.10月変更
2023.5月変更

記載例

入院した日にち → 年　月　日（入院日）
記入いただいた日にち → 年　月　日（記入日）

入　院　証　書

川崎市立多摩病院 病院長 殿
私は、下記事項を確認したうえで、これに同意します。

記

1. 入院中の療養に係る事項は、身元引受人または連帯保証人において、責任をもって病院側の指示通りの対応・処理にあたり、貴院に対し迷惑をかけません。
2. 診療費（保険診療に係る入院料等）、その他の諸経費の実費徴収（室料やオムツ代等）が発生した場合は、指定期日までに支払います。もし、本人が支払いを怠った場合は、連帯保証人において極度額を上限とし、完済の責を負います。
3. 2の場合で支払いがないときは、貴院が必要と判断した場合、法律事務所へ回収業務を委任し、法的措置を講じることに了承します。
4. 寝具その他の汚損にて費用が発生した場合は、自己負担します。
5. 本人の身元については、連帯保証人および身元引受人が引き受けます。
6. 退院・転院については、主治医の指示に従い速やかに行います。

いずれかに○

患者本人	フリガナ	カワサキ　タマオ	男・女	西暦　大・昭・平・令　40年　1月　19日生
	氏　名	川崎　多摩夫		[　58　歳]　← ご記入時点のご年齢
	住　所	〒　214 － 8525 川崎市多摩区宿河原1−30−37		電話　044（　933　）8111 携帯　090（　9345　）8111
	勤務先または連絡先	名称　現在、お勤めの場合はご記入ください。		電話　（　　）
連帯保証人	フリガナ	カワサキ　タマミ	印（シャチハタ不可）　男・女	西暦　大・昭・平・令　42年　10月　10日生
	氏　名	川崎　多摩美		[　56　歳]　本人との関係［　妻　］
	住　所	〒　　－ ※患者さんご本人とご住所が同じ場合は、「同上」で構いません。		電話　044（　933　）8111 携帯　090（　9356　）5689
	勤務先または連絡先	名称　現在、お勤めの場合はご記入ください。		電話　（　　）
	いずれかに☑をいれてください →	第1緊急連絡先とします　☐	第2緊急連絡先とします　☐	身元引受人とします　☐
極　度　額		（　　万円）※極度額とは、連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限です。← 病院で記載します。		

※連帯保証人となる方ご本人が記載してください。　患者さん本人とは別の方で支払い能力を有する成年者とします。

その他連絡先	フリガナ	カワサキ　ハナコ	男・女	西暦　大・昭・平・令　17年　8月　8日生
	氏　名	川崎　花子		[　81　歳]　本人との関係［　母　］
	住　所	〒　214 － 2222 川崎市高津区高津1−1−111		電話　0412（　345　）6789 携帯　080（　5555　）6666
	いずれかに☑をいれてください →	第1緊急連絡先とします　☐	第2緊急連絡先とします　☐	身元引受人とします　☐

※入院証書は入院の都度、ご記入いただくものです。

オンライン認証システムにて限度額の確認ができるようになりました。

病院が限度額の確認を行うことに同意します。

年　　月　　日　氏名

← 限度額を適用し、窓口での負担を軽くすることができます。
※70歳以上の方は、3割負担または住民税が非課税の方が対象となります。

川崎市立多摩病院　医事課　2020.4～
2021.10月変更
2023.5月変更

交通案内

病院付近図

電　車

小田急線、JR 南武線「登戸駅」より徒歩 3 分

【小田急線利用】

新宿駅 → 登戸駅　（所要時間：快速急行約 16 分、急行約 20 分）
町田駅 → 登戸駅　（所要時間：快速急行約 16 分）

【JR 南武線】

川崎駅 → 登戸駅（所要時間：約 28 分）
立川駅 → 登戸駅（所要時間：約 29 分）

川崎市営バス利用（各路線）

【菅生車庫、神木本町から】

登 05 系統　　登戸行き「登戸」下車（登戸駅南北自由通路を渡ってください）
登 06 系統　　カリタス学園行き「多摩病院前」下車

【カリタス学園方面から】

登 06 系統　　菅生車庫行き、または鷲ヶ峰営業所前行き「多摩病院前」下車
登 21 系統　　新船島橋行き「多摩病院前」下車

【西菅団地、城下方面から】

登 14 系統　　登戸駅行き、または向ヶ丘遊園駅入口行き「登戸駅」下車
（登戸駅南北自由通路を渡ってください）

川崎市立多摩病院

指定管理者
学校法人 聖マリアンナ医科大学