

入院のご案内

(入院時説明書)

別 冊

入院申し込み・同意書
入院時説明同意書
個人情報保護に関する調査票
リビングウィルについて
入院中の費用支払代行委託契約書
入院診療に関するアンケート

記入後の同意書・調査票は、原本を病院保管、コピーを患者様・ご家族保管とします。



〒772-0053 鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂205-29 TEL 088-687-1234(代) FAX 088-687-1078



別 1

医療法人久仁会 鳴門山上病院
<http://www.kyujinnkai-mc.or.jp>

入院申し込み・同意書 ID _____

医療法人 久仁会 鳴門山上病院

理事長 山上敦子 殿

この度の入院にあたり、別紙同意書合計_____項目について同意し、入院を申し込みます。本人身上に係わる事件には総て下記保証人と連帯の責任をもって対応します。

入院(予定)日 平成____年____月____日

記入日 平成____年____月____日

(請求書等連絡書類の送付先にチェック☑をお付けください)

ふりがな

患者氏名 _____ 印

生年月日 聯 証 欄 鞞 年 月 日生
(〒 -)本籍地 _____
(〒 -) 現住所 _____

職業 _____ 電話 () - 番

連帯保証人 氏名 _____ 印
(自署・別印) (〒 -) 現住所 _____

続柄 _____ 電話 () - 番

職業 _____ 勤務先名 _____

電話 () - 番

連帯保証人 氏名 _____ 印
(自署・別印) (〒 -) 現住所 _____

続柄 _____ 電話 () - 番

職業 _____ 勤務先名 _____

電話 () - 番

別2

入院時説明同意書 患者氏名 _____ 説明者 _____ 説明日 ____年__月__日

同意・依頼合計 _____ 項目

該当する□または□(必須同意事項)にチェック(☑)を入れてください。同意・依頼の合計数を入院申込書に記載してください。必須同意事項に同意していただけない場合は、入院が困難となることがあります。保留の場合は再度説明させていただきます。同意していただくまでは実施いたしません。

入院時検査実施について

説明を理解し同意します 理解しましたが同意しません 保留します

紹介状、診断書、各種意見書に必要な情報を記載することについて

説明を理解し同意します 理解しましたが同意しません 保留します

病室入口の名札表示について

説明を理解し表示に同意します 理解しましたが表示はしません 保留します

飲酒・喫煙、またはその他の迷惑行為、診療にご協力・同意していただけない場合の対応

説明を理解し同意します 理解しましたが同意しません

医療費一部負担金、食事療養標準負担金について

支払いに同意します 同意しません

おむつ使用料Ⅰ(常時使用の方1,080円/日)(医療療養病棟のみ)

またはⅡ(夜間のみ使用または留置カテーテル使用の方、540円/日)

上記につき同意します(Ⅰ,Ⅱ) おむつは使用しません おむつ、おしりふきを持ち込みます

介護サービス費一部負担金、居住費・食費について

支払いに同意します 同意しません

電気使用料(TV以外1日1品54円。TVは1日75円。)(介護療養病棟のみ)

説明を理解し支払いに同意します 持ち込み電気器具を使用しません

(品目 _____ 計 _____品 _____円/日)

洗濯料

(専用袋(40x60cm1袋432円。専用袋に入らない個人用洗濯物1点162円、感染性洗濯物1袋486円)

洗濯を委託し支払いに同意します 自分(家庭)で洗濯します

レンタル料(洗面・整容時に使用するタオル、入浴時バスタオル等。270円/日)

説明を理解し支払いに同意します 理解しましたが同意しません

個室料(1,944円/日)医療療養病棟(207号室、208号室、210号室、211号室)

個室料(648円/日)介護療養病棟(307号室、308号室、310号室、311号室)

個室を利用し支払いに同意します 個室を利用(希望)しません

入院中の諸雑費支払い代行について

支払い代金を依頼します 依頼しません 保留します

その他、特記事項(_____)

説明を理解し同意します 理解しましたが同意しません 保留します

久仁会におけるプライバシー保護について

久仁会職員は職務上知り得た事に関して刑法 134 条（秘密漏示）等、関連法令による守秘義務があり、また、久仁会就業規則第 3 章第 2 3 条（禁止事項）第 1 項にて、退職後にわたって個人の秘密を守ります。久仁会では、近年の情報化社会のニーズに対応すべく、平成 15 年 8 月 1 日には医療法人久仁会情報管理規程を定め、情報管理委員会を発足させプライバシー保護に努めています。

平成 17 年 4 月 1 日より、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」が完全実施されました。久仁会では「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン（2004.12.24.厚生労働省）」に従い、久仁会における個人情報の利用目的について入院案内、院内掲示およびインターネットホームページ（<http://www.kyujinkai-mc.or.jp/>）掲載等にて周知に努めております。また、個人情報の取り扱いについて、情報漏洩防止のための多くの対策をとっています。

入院患者様・入所者様について今後病状説明、電話等での問い合わせ等を受けた場合の久仁会の対応についての皆様のご指示を別紙にて確認させていただきます。お手数をおかけ致しますが、ご記入のうえ各部署看護師長までお届下さいますようお願い申し上げます。久仁会で原本をお預かりし、コピーをお返しします。

個人情報とは、氏名・住所等の特定の個人を同定できる情報すべてをいいます。患者・利用者様から診療に際してお伺いしました情報、症状・所見および検査結果、医師の意見や診断、治療の内容、経過および結果、また受診・入院・入所の事実等もこれに含まれます。久仁会が保有するこれらの情報が、事実と異なるとお考えになる場合には、いつでもそれらの情報の訂正や利用中止を求めることができます。

久仁会では、「カルテの情報はすべて利用者様のもの」という考え方から、「個人情報の保護に関する法律」および本院情報管理規約に従って一定の手続きはとっていただきますが、ご本人および法定代理人にあたる方に対しては、基本的にカルテを含むすべての情報を開示いたします。

電話での、あるいは面会者からの各種お問い合わせについては、患者様・利用者様からの同意がない場合には、原則としてお答えできません。入院・入所の際には個人情報をお伝えしてもよい方をご指名のうえ、お知らせいただきます。

久仁会は、臨床研修協力病院および医療専門職の研修施設に指定されております。研修・専門職養成のため、研修医および医療専門職の学生等が、診療、看護、介護、および処置等に同席・参加することがありますのでご了承ください。

個人情報の取り扱いに関するお問い合わせ・ご要望その他の窓口は、各部署看護師長もしくは 2F 事務室情報管理担当職員となっております。なんなりとご遠慮なく申し付けください。

医療法人久仁会 理事長	山上敦子
鳴門山上病院 病院長	國友一史
鳴山荘 施設長	山上敦子

個人情報保護に関する調査票

I. ご自身の病状や病名、検査結果などの説明について

ご本人様にご希望をお伺いします。チェック (☑) をつけてご意志をお知らせ下さい。

1. どのような場合でもご自分で直接説明を受けたい
2. 簡単な病気等では自分で説明を受けたいが、癌など、治療が難しい重大な病気については自分では説明を聞きたくない
3. すべて誰かに代わりに説明を受けて欲しい
2または3の場合に、説明を受けて欲しい(受けていただける)方を(何人でも)お教え下さい
ご氏名(続柄) _____
4. わからない/(ご本人自身の回答が不能)⇒この場合、病状等の説明については主治医または久仁会倫理委員会が、その内容および方法を検討します。

II. 電話や面会にて、あなた様の病状その他についてのお問い合わせがあった場合の対応について

久仁会では、問い合わせをしてきたその方へ個人情報をお伝えして良いとのご本人の同意があること、およびその方が同意をうけたご本人であることの確認ができた場合のみ、お伝えしてよいとされた範囲の個人情報をお伝えします。同意が無い場合や個人の確認ができない場合には原則として何もお答えしませんし、電話の取次ぎも行いません。

チェック (☑) および御氏名、ご本人確認のための情報およびお伝えして良い情報の範囲を記入してご意志をお知らせ下さい。

お伝えして良い情報の範囲*は以下のように指定させていただきます

- A: 入院・入所の事実のみ知らせて良い
- B: 軽症・中等症・重症等のおおまかな状況まで知らせて良い(病名は含めない)
- C: 病名・病状を含めてすべての情報を知らせて良い
- ご氏名の行の右端のA, B, Cに○を付けてお知らせください。

下記の方からのお問い合わせであれば答えてよい

ご氏名(続柄)	ご本人確認のための情報(住所、電話番号等)	お伝えして良い範囲* (○)		
		A	B	C
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 知人や親類、家族であればどなたでも	_____	_____	_____	_____

以下の方からの問い合わせには答えないで欲しい

誰からの問い合わせであっても入院・入所していることを含め、電話や面会での問い合わせ、電話の取次ぎ依頼には答えないで欲しい

III. その他

入院室入口へのご氏名の表示の是非等、個人情報に関するご希望等ありましたらご指示ください。

患者様ご氏名 _____

注：上記内容はいつでも変更できます。

ご記入年月日 _____年 _____月 _____日

ご記入者(○) 本人・本人以外 ⇒ 代理者署名 _____

代理記入(署名)の理由：本人の意識がない 認知症等 手が不自由 その他()

リビングウィルについて

患者様氏名 _____ YH-1-4

「リビングウィル（Living will）」とは、「生前意思表示」または「事前指示」とも訳されますが、患者様が将来危篤状態に陥って、ご自分の意思を表明できなくなった場合を想定して、医療従事者（特に医師）にどのような対応（治療）をして欲しいかをあらかじめ表明するものです。欧米では「尊厳死」や「自然死」を選択できる法律が実施されているところもありますが、わが国ではいまだ未整備ですので、医療側はその内容を尊重して法律の許す範囲で対応します。ただし、救急救命治療や延命治療は適切に実施された場合でも期待された効果が得られない場合や、ごく一時的な効果のみの場合もあり、その効果を保証するものではありません。また、いったん開始された人工呼吸器等の治療を積極的に中止することは現在の法律上はできないことにもご留意ください。

リビングウィルの表明をされる方は、以下にご記入ください。

この書類の提出は任意です。提出されなくても不利益をうけることは全くありません。

また、いったん記載し提出された内容の変更や撤回もいつでも可能です。

- 1) 急変がみられた場合（突然発症した重篤な脳血管障害、心筋梗塞など、予期せぬ状況で血圧低下、意識消失、心肺停止状態等になった場合）
 - 救急救命治療を行う
 - ご本人の負担にならない治療（点滴や酸素吸入など）のみを行う
 - 必要に応じて気管内挿管・人工呼吸器装着を行う
 - 心停止があれば心臓マッサージ（体外式）やカウンターショックを行う
 - 救命救急治療は行わず、自然にまかせる

- 2) 延命治療の実施を検討することが必要になった場合（重篤な疾患または老衰等による食事摂取困難や、治療による効果が期待できず危篤状態になった場合、または癌の末期や脳死と考えられる状態）
 - 延命治療を行う
 - 点滴による水分・栄養補給を行う
 - 必要に応じて鼻チューブによる栄養補給を行う
 - 可能であれば胃瘻による栄養補給を行う
 - 必要に応じて気管内挿管・人工呼吸器装着を行う
 - 必要に応じて人工呼吸器を接続する
 - 心停止があれば心臓マッサージ（体外式）やカウンターショックを行う
 - 延命治療は行わないが、以下の治療を行う
 - 必要最小限の輸液（点滴）や酸素投与
 - 苦痛をとるための鎮痛剤（麻薬を含む）、ステロイド等の投与
 - その他（ _____ ）
 - 延命治療は行わず、自然にまかせる

- 3) その他にご意見、ご希望があればご記入ください。

記入者 _____ 印 _____ 記入日 _____

直筆署名であれば印は省略可

入院中の費用支払代行委託契約書

ID _____

甲：患者

乙：医療法人久仁会 鳴門山上病院

甲及び乙は、下記のとおり、入院中の費用支払代行契約を締結した。

記

1. 甲は、乙に対し適宜、下記3記載の費用の支払のための金員あるいは預金通帳・印鑑を預託する。
2. 乙は、甲から預託された金員を、各患者の個人台帳により管理する。
3. 乙は、甲から預託された金員により、次の各費用の支払を甲に代わって行う。
 - (1) 治療費及び入院費、その他の治療関係費用
 - (2) 甲が当病院内の売店で購入したおやつ、日用品等の購買費
 - (3) 夏祭り等のイベントにおける買物代金
 - (4) その他入院中の諸雑費
4. 乙は、月毎に、甲に代わって行った支払の内容を、甲に対して書面により報告する。
5. 乙は、甲から預託された金員の額が支払の代行に不足するときは、直ちに甲に対してその旨連絡する。
6. 甲は、乙から預託金額の不足の連絡を受けた場合、速やかに、不足額の金員を乙に預託する。
7. 乙は、支払の代行及び支払の代行にかかる事務を無償で行う。
8. 乙は、甲が病院を退院し、退院時精算するとき、甲から預託された金員の残額・預金通帳・印鑑を甲に返還する。
9. ご本人が筆記出来ない場合は、代理人の署名も可とし、代理人は家族等を原則とする。
10. 本契約の終了は原則として退院時精算日とする。

平成 年 月 日

甲

ふりがな
患者氏名 _____ 印生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日生
(〒 -)

現住所 _____

電話() - 番

(代理人) 氏名 _____ 印

(自署・別印) (〒 -)

現住所 _____

続柄 _____ 電話() - 番

職業 _____ 勤務先名 _____

電話() - 番

乙

医療法人 久仁会 鳴門山上病院
理事長 山上敦子 印

別7

医療法人久仁会 鳴門山上病院

<http://www.kyujinnkai-mc.or.jp>

入院・療養に関するアンケート

お気づきの点がございましたら、いつでもお知らせください。

1. 下記職員の診療の状況や患者様への対応について、良い(5)から悪い(1)までの5段階でご評価をお願いいたします(該当する数字に○をつけてください)。

	良い		普通		悪い
1) 主治医	5	4	3	2	1
2) 看護師	5	4	3	2	1
3) 介護(ソワニエ)	5	4	3	2	1
4) 当直医	5	4	3	2	1
5) リハビリスタッフ	5	4	3	2	1
6) 薬剤師	5	4	3	2	1
7) 医療福祉相談員	5	4	3	2	1
8) 事務職員	5	4	3	2	1
9) その他の職員()	5	4	3	2	1

ご意見:

2. 病院の食事や設備(アメニティ)、対応についてご評価をお願いいたします。

	良い		普通		悪い
1) 食事	5	4	3	2	1
2) 風呂	5	4	3	2	1
3) トイレ	5	4	3	2	1
4) 病室	5	4	3	2	1
5) 売店	5	4	3	2	1
6) その他()					
-----	5	4	3	2	1

ご意見:

3. その他にもお気づきの点がありましたらご記入下さい。

記入日時 _____ ご協力ありがとうございました。

ご記入後は、病棟や外来、事務室等で直接お渡しいただくか、院内各部署へ設置の「ご意見箱」へお入れください。また、ご意見等への直接の回答をご希望される場合には、ご希望の連絡先(や連絡方法)を下欄へご教示ください。

御連絡先: _____ 宛