

# 入院のご案内

(入院時説明書)

別 冊

入院申込書(兼入院誓約書)

入院時説明同意書

個人情報保護に関する調査票

急変時や終末期などに希望される医療行為について

(リビングウィル/ACP)

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。

(KJ00009入院のご案内別冊 (CR-3.1-20230601-N) .docx)



〒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>

## 入院申込書 (兼入院誓約書)

ID \_\_\_\_\_

医療法人 久仁会 鳴門山上病院  
理事長 山上 敦子 殿

貴院入院にあたり、別紙入院時説明同意書の合計\_\_\_\_\_項目について同意し、連帯保証人連署のうえ入院を申し込みます。

入院 (予定) 日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

記入日 令和\_\_\_\_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)

## 患者本人

- 1 入院中は貴院の諸規程及び診療上の指示を守ります。
- 2 入院料、治療費その他諸経費(入院関連費用)について、指定の期日までに支払います。

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 印 生年月日 大正\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
(〒\_\_\_\_-\_\_\_\_)本籍地 \_\_\_\_\_  
(〒\_\_\_\_-\_\_\_\_) 現住所 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 電話 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 番

患者本人が疾病等により記載できない場合は、連帯保証人(身元引受人)が代筆します。

連帯保証人(身元引受人)は、下記事項について説明を受け、了承しましたので、署名、捺印いたします。

- 1 私は、上記患者の入院にあたり、上記患者の身上に関する一切の事項を引き受けます。
- 2 私は、上記患者が負担する入院料、治療費その他一切の入院関連費用について、極度額を限度として、連帯して責任をもって支払います。
- 3 私は、上記患者が貴院の諸規程及び指示並びに各同意事項を守るように監督します。
- 4 私は、住所、電話番号等記載事項を変更した場合には、直ちに貴院に対し届出をいたします。

連帯保証人 1 (自署・別印) 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(〒\_\_\_\_-\_\_\_\_) 現住所 \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_ 電話 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 番  
職業 \_\_\_\_\_ 勤務先名 \_\_\_\_\_  
電話 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 番

極度額 100万円

連帯保証人 2 (自署・別印) 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(〒\_\_\_\_-\_\_\_\_) 現住所 \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_ 電話 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 番  
職業 \_\_\_\_\_ 勤務先名 \_\_\_\_\_  
電話 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 番

極度額 100万円

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、当院では名札の表示は行っておりません

**飲酒・喫煙・離院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

洗濯料

(専用袋(40x60cm 1袋 520円。専用袋に入らない個人用洗濯物 1点 185円、感染性洗濯物 1袋 575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

個室料(2,420円/日)

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

入院中の他医療機関への受診の制限について

説明を理解し同意します

※希望する場合は、必ず事前に相談してください。

※介護医療院へ入院される方のみ

貸出料(洗面・整容時に使用するタオル、入浴時バスタオル等。275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

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け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 1F 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

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 令和 \_\_\_\_\_ 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 ( )

## 急変時や終末期などに希望される医療行為について(リビングウィル/ACP)

患者氏名 \_\_\_\_\_

「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、ご自身が、急変時やいわゆる延命治療が必要と判断される状態、また、終末期(各種治療によっても病状が悪化し、回復の見込みが期待できない時期、自然死も含む)となった際に、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。平成30年版「人生の最終段階における医療ガイドライン」では、ACP(Advance Care Planning)として高齢期に将来の変化に備え繰り返し検討することが推奨されています。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。ご希望される医療行為について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)

救急救命治療について

	希望する	希望しない	医師の判断にまかせる
輸液(点滴等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
酸素吸入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管内挿管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工呼吸器装着	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓マッサージ(体外式)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カウンターショック/AED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
昇圧剤、利尿剤等投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
輸血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2) 急変時以外で、人工栄養など延命治療の実施の検討が必要になった場合

積極的な治療を希望する

- 末梢輸液による水分・栄養補給を行う
- 中心静脈栄養(TPN:高カロリー輸液)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
- 必要に応じて昇圧剤、利尿剤、抗菌薬等の薬剤を使用する
- 必要に応じて気管内挿管・人工呼吸器装着を行う
- (すでに気管切開等受けている場合)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
- 必要に応じて輸血を行う

積極的な治療は希望しないが、以下の支持療法(Best Supportive Care)は行う

- 可能な範囲の経口摂取、薬剤投与
- 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
- 診療チームの判断で発熱、胸苦など不快な自覚症状軽減のための治療(抗菌薬等含む)を行う
- その他( )
- 新たな治療行為は行わず、自然にまかせる

- 3) その他(転院希望等あれば記入) :

記入者 \_\_\_\_\_ 印(本人・代理(続柄 \_\_\_\_\_)) 記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
直筆フルネーム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。

令和 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