# あなたのお部屋は

階病棟

号室です

# 入院生活の しおり



医療法人社団 輝生会

成城リハビリテーション病院



# 日次

入院のご案内	1
病棟生活	2
その他	8
非常時	10]
各種料金	12
お会計	14
で相談事	16
同意書・申込書	20

# 入院のご案内

# 入院当日について

午前10時に1階の総合案内においでください。

# ■手続きに必要な物



□健康保険証及び各種医療証 ※限度額適用認定証、 介護保険証 など



□入院誓約書 □同意書など

● 書類はP20をご覧ください。

□保証金(個室料金の15日分) □発症時の画像データ □印鑑





□お薬(現在服用中のお薬)

□退院時のサマリー他、病院から

渡される書類

# ■入院に必要な物

※私物につきましては、紛失、取り違いのおそれがありますので名前をご記入ください。





□下着、くつ下類



□普段着



□バスタオル・タオル



□運動しやすい靴



□ティッシュ



□ボディータオル



□歯ブラシ、歯みがき粉、コップ



□ヘアーブラシ



□髭剃り



□義歯洗浄剤



□お薬手帳



□置時計 など

# 病棟内常備品

# ■日用品

・リンスインシャンプー・ハンドソープ・ボディーソープ・洗面器・洗濯用洗剤・食事の際の箸 ・スプーン・フォーク・コップ類・食事の際のエプロン

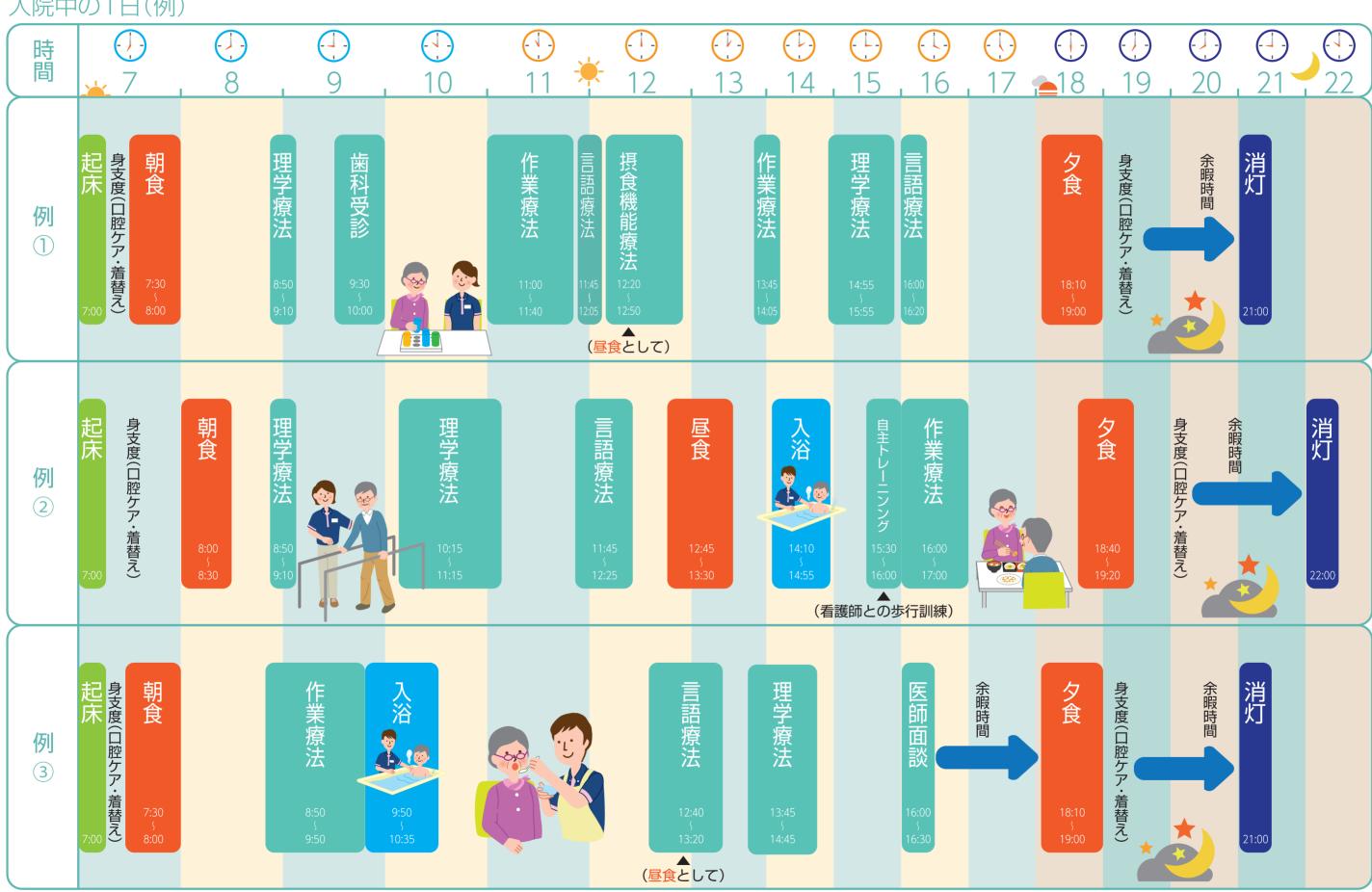
# ■電気製品

・テレビ(イヤホン)・冷蔵庫・電子レンジ・ドライヤー

# 病棟生活

# 病棟生活について

# 入院中の1日(例)



# 病棟生活

# 病棟生活について

### ■面会について

面会時間

9時~17時

- ●ご面会の際は1階受付で面会受付表にご記入の上、スタッフにお声掛けください。 ※月~±17時半以降および日曜日は、正面入口が施錠されますので、お手数ですが、 正面入口左側インターホンにてお呼び出しください。
- ●複数人のご面会の際は、3Fデイルームをご利用ください。
- ●お電話による、患者さまのご入院の有無や入院中のスケジュールについてのお問い合わせは、 患者さまの個人情報の関係上、原則としてお答えしておりません。ご了承ください。
- ●障がいのある方を除き、駐車場のご用意はございません。(日曜日は不可) 近隣の駐車場または公共交通機関をご利用ください。
- ●感染症対策のため、面会を制限または禁止する場合がありますのでご了承ください。

### ■禁煙について

院内·敷地内ともに禁煙(新型たばこ、電子たばこ含む)となっております。ご面会の方もご協力をお願いいたします。



### ■電話について

- ●携帯電話:ご利用は可能ですが周囲への配慮をお願いします。
- ※院内はマナーモードでお願いします。多床室の方(患者さま)は、通話する際はデイルームのご利用をお願いします。
- ※個室内での携帯電話の通話は自由です。



# ■外出・外泊について

- ●「外出·外泊」には主治医の許可が必要です。 事前に申請が必要ですので、希望がある場合にはスタッフへお声掛けください。
- ●感染対策のため、外出・外泊を制限または禁止する場合がありますのでご了承ください。



### ■窓について

病室の窓は非常時の避難路となっています。 病室の窓は開けないようお願いします。



### ■家電製品の持ち込みについて

病棟・病室にはテレビ・冷蔵庫・ドライヤーを備えております。その 他の家電製品の持ち込みを希望される場合は、マネジャー(病棟責 任者)にご相談ください。

※院内にある「黒コンセント」は医療機器専用のため、一般電気製品の使用は で遠慮ください。



### ■持ち込みを禁止しているものについて

以下のものは持ち込みを禁止していますのでご了承ください。

- ·はさみ·カッターなどの刃物類·爪切り·T字髭剃り
- ・たばこ(新型たばこ、電子たばこ含む)・ライター
- ・動物(ペット)
- ・酒類などのアルコール類(ノンアルコール飲料を含む)



### ■冷蔵庫について

- ●各ベッドに1台冷蔵庫を設置しております。
- ●賞味期限切れにご注意ください。また、食中毒予防のため、定期的に 冷蔵庫の中を整理・清掃させていただきますので、ご了承ください。



### ごみについて

ベッドサイドのごみ箱をご利用ください。分別は不要です。

# 病棟生活

# 病棟生活について

### ■テレビについて

- ●多床室でテレビをご覧になる場合は、同室者に配慮して、必ずイヤホンをご利用ください。消灯時間以降のテレビのご使用はご遠慮ください。
- ●ベッド周辺の小物としてイヤホン·テレビ用リモコンをご用 意しております。退院時には必ずご返却ください。



### ■貴重品の持ち込みについて

- ●盗難や紛失を防ぐ為、1万円以上の現金や貴重品はお持込みにならないようお願いします。また当院でのお預かりもいたしかねます。
- ●万が一盗難・紛失が発生いたしましても責任は負いかねます のでご了承ください。盗難が発生した場合は、警察に通報の上、 介入を依頼しますのでご了承ください。
- ●病室のデスクに鍵付きの引き出しがありますので、ご利用を 希望の方は病棟クラークにお申し出ください。



### ■入浴について

入浴は週3回です。タオル等はご持参ください。 シャンプーなどのご用意がございます。 同性介助ができない場合がございます。ご了承ください。

# ■シーツ交換について

シーツ交換は、週1回実施いたします。



### ■更衣について

日常、使用されている普段着をお持ちください。朝、普段着に着替えていただき、夜、パジャマに着替えていただきます。

# ■クローゼットについて

衣類、身の回りの品などは病室のクローゼットに収納できる最小限の量にお願いいたします。



### ■排泄について

リハビリの一環としてトイレへ誘導しています。 紙オムツについては病院で準備してありますが、持ち込み を制限しているわけではありません。

使用した分は入院費用とともに請求させていただきます。 同性介助が出来ない場合がございます。ご了承ください。



### ■洗濯について

クリーニング(有料)も受け付けております。ご希望の方は、病棟クラークにお声掛けください。コイン式の洗濯機·乾燥機も設置しております。

※洗濯物の紛失や生地の変質等については責任を負いかねますのでご了承ください。

# ■訪問理美容について

ご希望の際は、病棟クラークにお声掛けください。 入院費と別会計になりますので、お申込時にお支払をお願いいたします。

### ■お食事について

お食事は食堂(デイルーム)で召し上がっていただいており、食堂にはスタッフがご案内いたします。

朝食	昼食	夕食				
7時30分~	12時20分~	18時10分~				

# ■ドリンクサービスについて

コーヒー、紅茶、お茶などのドリンクを無料で提供しています。

# ■食品・お飲み物の持ち込みについて

栄養管理もリハビリの一環として捉えております。飲食物をお渡しする際には、主治 医に確認が必要ですので必ずお近くのスタッフにご確認をお願いいたします。



# その他

# その他について

### ■病室変更について

治療上必要に応じて病室をお移りいただくこともございますので、ご協力をお願いいたします。

### ■診断書・証明書について

診断書、証明書等が必要な場合は、病棟クラークにお申し出ください。 なお退院後に診断書、証明書等が必要な場合は、お電話にて病棟クラークにご相談ください。



### 料金についてはP13をご覧ください。

# ■ご意見箱について

各階に「ご意見箱」を設置しております。患者さま、ご面会の方々からの 率直なご意見をお待ちしております。いただきましたご意見には院長が 目を通し、早急に対策を立て開示させていただきます。



# ■歯科診療について

院内で提携歯科医師による診療を受けることができます。 受診をご希望の方は主治医にご相談ください。

# ■入院中の他科診療について

入院中、主治医が中心となり患者さまの全身管理・投薬をさせていただきます。また、整形外科の医師、精神科の非常勤医師も配置し、入院診療体制を整えています。



# ■他の医療機関への受診について

保険診療の規則により、入院中に他の医療機関を受診(家族受診・薬の投薬も含む)することは原則できない仕組みとなっています。指示なく他医療機関を受診されますと、他医療機関にもご迷惑をおかけする場合がございます。もし、入院中に他院への受診が必要な場合には、事前に主治医にご相談ください。ご家族の判断により他医療機関を受診することはお控えくださるようお願いいたします。



# ■内服薬について

当院では後発医薬品(ジェネリック医薬品)を採用しています。



# ■リハビリ時間について

リハビリの時間は変更させていただく事がございます。 ご了承ください。



### ■実習生受入体制について

年間を通じて実習生を受け入れております。スタッフ同席のうえ、 実習生がリハビリやケアをさせていただく場合がございます。 ご協力をお願いいたします。





### ■駐車場について

- ●お車でお越しの方は、所定の場所に駐車願います。駐車場係がご案内いたします。
- ●日曜日はご利用いただけません。
- ●原則ご面会の方の駐車場のご用意はございません。 近隣の駐車場または公共交通機関をご利用ください。

# ■利用料金

営業時間内(月曜〜土曜の午前8時30分から午後5時まで)							
15分未満 90分未満 90分以上							
無料	300円	600円					



### ■車両制限

立体駐車場における車両収納上限は、長さ5,300mm、幅1,950mm、高さ1,550mm、重量2,200kgまでとなります。平面においても概ねこれに準拠します。

駐車場の状況によっては、近隣の駐車場へ停めていただく可能性がございます。

また駐車場内におけるお車の窃盗、事故などについて一切の責任を負いかねますのでご了承ください。

8

# 非常時

# 非常時・災害時の注意

# ■火災・その他の災害等が発生した場合は、以下の点にご注意ください。

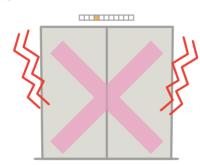
●非常放送が流れましたら、よくお聞きください。



●窓ガラスや蛍光灯の下は破片が飛び 危険ですので離れてください。



●火災を発見したら、直ちに周囲の スタッフに大声でお知らせください。 避難の際はスタッフの誘導に 従ってください。 ●エレベーターは絶対に使用しないでください。



●あわてて外やベランダに 飛び出さないでください。



●不審物等を発見したら、周囲のスタッフに お知らせください。





避難経路・消火器の場所は、あらかじめ避難経路図(P11)で確認しておいてください

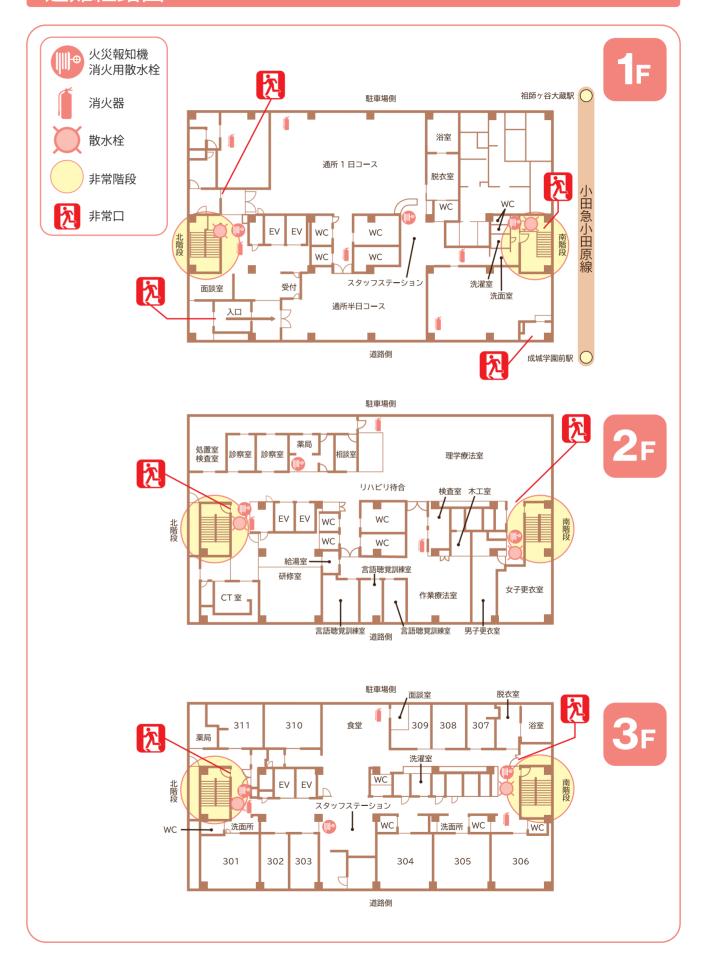
火事だ!!

### 黒コンセントについて

病院では生命に関わる機器が多く使われているため、停電した場合も機器が止まらないように非常 電源の設置が義務付けられています。黒色のコンセントは非常時に停電した時でも使用できる非常 電源です。

10

# 避難経路図



11

# 各種料金

# 室料差額料金

お部屋番号 税込(税抜)料金			付帯施設				
	2人床	室料差額なし	テレビ・冷蔵庫				
3人床・4人床 室料差額なし		室料差額なし	テレビ・冷蔵庫・洗面台・トイレ				
302·303·307 22,000円(20,000円)		22,000円(20,000円)	テレビ·冷蔵庫·洗面台·トイレ·Wi-Fi				

●上記は1日の料金です。

# ご家族・ご面会の方のお食事

提供時間	昼食:12時20分~13時30分
------	------------------

※入院費用とともに請求させていただきます。

メニュー	昼食
患者さまと同じメニュー	1,100円

※要予約 前日11時締切 病棟クラークにお申し込みください。

# 理美容サービス

予約制です。ご利用の際は病棟クラークにお申し込みください。

メニュー	税込料金
カット	4,000円
パーマ (カット・ブロー付)	8,000円
カラー (カット・ブロー付)	8,000円
パーマ・カラー (カット・ブロー付)	14,000円

12

- ●入院費とは別会計になる為、お申し込み時にお支払いをお願いいたします。
- ●ご予約はお申し込み順になりますのでご了承ください。
- ●髭剃り·顔剃りを追加でご希望の方はお申し込みの際に職員にお尋ねください。
- ●アレルギー体質の方、頭皮に完治していない傷などがある方、毛髪が著しく痛んでいる場合はパーマ·カラー(染髪)を当日お断りする場合もございます。

# 各種文書料金

文書名	税込料金
入院·通院証明書	1,100円
受領証明書	3,300円
当院書式診断書	3,300円
生命保険入院·通院証明書	5,500円
障害年金診断書	5,500円
身体障害者手帳診断書·意見書	世田谷区の方は助成あり/その他 5,500円
英文診断書	11,000円

# 情報開示

画像データ CD-ROM(1枚)	1,100円
コピー代(診療録等)(1枚)	10円

# クリーニング

1ネット (水洗い10~15枚程度)	950円
-----------------------	------

- ●ご利用の際は、病棟クラークにお申し込みください。
- ●病院指定業者とご利用者様の直接契約のため、請求 書は指定業者より送付いたします。

※ドライクリーニングはできません。 水洗いできる衣類等をご持参ください。

# その他

おむつ(1枚)	11~85円
コピー(1枚)	10円
FAX (1枚)	110円
労災で入院の方の治療食(1食)	90円

- ※税込表示です。
- ※この料金表は2024年3月現在のものです。
  予告なしに変更させていただくことがありますのでご了承ください。

13

# お支払い回数と請求のメ日

- ·入院費用は、**月2回の請求**(お支払い)です。メ日は毎月15日と月末です。
- ・1~15日までの入院費用の請求書を**19日**、16日~月末までの請求書を**翌月8日**に郵送しております。原則は郵送させていただきますが、直接お渡しをご希望の場合は入院時に病棟クラークへお申し出ください。
- ・請求書がお手元に届いた後、1週間以内にお支払いください。

### お支払い方法

現金・クレジットカード(一部除く)・銀行振込がご利用いただけます。

# 2F会計窓口の取扱い時間

8時30分~17時(月曜日~土曜日)

※祝日も受付しております。日曜日はお取扱い出来ませんのでご了承ください。

### 振込先

- ・銀行振込の際は、下記の口座へ**患者さまのフルネーム**でお振込ください。
- ・振込手数料は、患者さまにてご負担願います。
- ・請求書 兼 領収書となっております。会計窓口にて領収印を押印いたしますので、入金していただいた翌日以降、請求書を会計窓口までお持ちください。

銀 行 名:三菱東京UFJ銀行 新宿西支店

預金種別番号:普通預金 0046087

いりょうほうじん しゃだん きせいかい せいじょうりはくり りじちょう みずま まさずみ 口 座 名 義:医療法人社団輝生会 成城リハクリ 理事長 水間 正澄

# 保証金について

- ・個室に入院される患者さまにつきましては保証金をお預かりさせていただいております。
- ·室料差額日額(税込)の15日分です。銀行振込の場合は入院日前日までに、現金の場合は入院当日にお支払いください。
- ・退院時または4人床・3人床・2人床転床の際、<mark>個室利用期間分入院費精算後、全額返金</mark>とさせていただきます。
- ·保証金のお支払いにクレジットカードはご利用いただけません。

# 退院時の手続き

- ・退院当日、スタッフが請求書をお部屋にお届けします。
- ・お会計終了後、退院いただくようお願いいたします。

# 月1回の保険証確認について

患者さまへのご請求に関し適正化を図るため月1回の保険証確認を行なっております。 毎月、入院費のお支払いの際に2階会計受付にご提示ください。

- ·限度額適用認定証
- ·障害者受給者証
- ・難病指定の医療券 等

をお持ちの方は保険証と一緒に提示をお願いいたします。

また同月内に保険証の種別を変更された場合につきましても随時ご提示ください。

※不明な点がございましたら病棟クラークまでお問い合わせください。



# ご相談事

# ご相談事がある時は

# ●生活上の心配事について

社会福祉を専門としたソーシャルワーカーが、ご相談を承っております。

病棟に担当者がおりますが、病棟でお会いできないときや、御用があるときには、お近くのスタッフへお申し出ください。担当者に連絡、対応いたします。ご相談の秘密は厳守いたします。

### ●リハビリについて

担当させていただく医療スタッフが、リハビリの内容・目標をはじめ、必要な事柄については、直接ご説明させていただくとともに、ご相談も積極的にお受けしております。ご心配事がありましたら、直接病棟スタッフへお声掛けください。

## ●個人情報の保護について

患者さまの個人情報につきましては個人情報保護方針を定め、適切に保護・管理・履行に努めます。



# 詳しくはP18をご覧ください。

# ●情報の開示について

患者さまの主体性・自己決定権の尊重のために、情報の開示を理念としてかかげております。 日常の診療情報の提供、リハビリテーション総合実施計画書の説明、ご相談は、主治医・マネジャー(病棟責任者)・各部門の担当者へお気兼ねなくお申し出ください。また、ご意見箱も設置しておりますのでご活用ください。

申請に基づく診療録などの開示は、対象・範囲に関する取り決めがございます。マネジャー (病棟責任者)・病棟クラーク・ソーシャルワーカーにお問い合わせください。

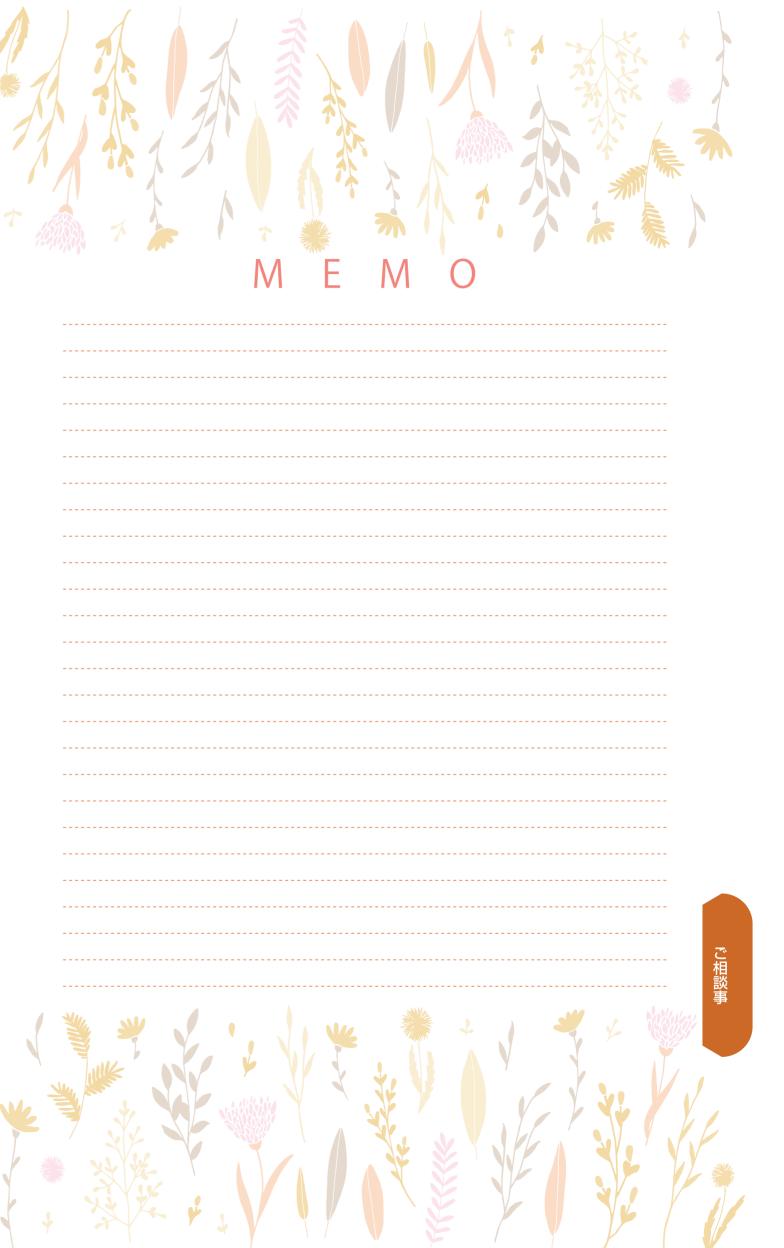
# ●院内の安全体制について

安全な医療(治療・リハビリ・ケア等)の提供について委員会を設け、事故防止対策や環境整備・改善などに積極的に取り組んでおります。院内における安全についてご質問やお問い合わせがございましたら、マネジャー(病棟責任者)にお寄せください。

# ●誰に聞いたら良いかわからない時

マネジャー(病棟責任者)、担当ソーシャルワーカーまたは事務責任者にお声掛けください。内容をお伺いし、適切な対応者におつなぎします。

職員へのお心づけは固くお断りしております。



# ご相談事

# 個人情報保護についての方針

医療法人社団輝生会は、一人ひとりの患者さまに再び輝いた楽しい人生を送っていただくために、より良いサービスを提供できるよう日々努力を重ねております。

「患者さまの個人情報」につきましては、適切に保護し管理することが非常に重要であると考え、以下の個人情報保護方針を定め確実な履行に努めます。

### ①個人情報の収集について

当法人が患者さまの個人情報を収集する場合、診療・看護および患者さまの医療および社会復帰にかかわる範囲で行います。その他の目的に個人情報を利用する場合は利用目的を、あらかじめお知らせし、ご了解を得た上で実施いたします。

# ② 個人情報の利用および提供について

当法人は、患者さまの個人情報の利用につきましては以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて使用することはいたしません。

- ◎ 患者さまの了解を得た場合
- ◎ 個人を識別あるいは特定できない状態\*1にして利用する場合
- ◎ 法令等により提供を要求された場合

当法人は、法令の定める場合等を除き、患者さまの許可なく、その情報を第3者\*2に提供することはいたしません。

- ※1:個人を識別あるいは特定できない状態とは、単に個人の名前などの情報のみを消すことで匿名化するのではなく、あらゆる方法をもってしてもその人を特定できない状態にすることです。
- ※2:第3者とは、患者・家族および医療者以外で、本来の利用目的に該当しない、または患者・家族によってその個人情報の利用の同意を得られていない団体または個人のことをさします。

# ③ 個人情報の適正管理について

当法人は、患者さまの個人情報について、正確かつ最新の状態に保ち、患者さまの個人情報の漏えい、紛失、破壊、改ざんまたは患者さまの個人情報への不正なアクセスを防止することに努めます。

# ④ 個人情報の確認・修正等について

当法人は、患者さまの個人情報について患者さまが開示を求められた場合には、遅滞なく内容を確認し、当法人の「患者情報の提供等に関する指針」に従って対応いたします。また、内容が事実でない等の理由で訂正を求められた場合も、調査し適切に対応いたします。

# ⑤ 法令の遵守と個人情報保護の仕組みの改善

当法人は、個人情報の保護に関する日本の法令、その他の規範を遵守するとともに、上記の各項目の見直しを適宜行い、個人情報保護の仕組みの継続的な改善を図ります。

# ⑥ 問い合わせの窓口

当法人の個人情報保護方針に関してのご質問や患者さまの個人情報のお問い合わせは「総合相談窓口」でお受けいたします。

# 当法人での患者さまの個人情報の利用目的

当法人では、患者さまの個人情報については下記の目的に利用し、その取扱いには万全の体制で取り 組んでいます。なお、疑問などがございましたら「総合相談窓口」にお問い合わせください。

### ① 法人内での利用

- 1.患者さまに提供する医療サービス
- 2. 医療保険事務
- 3. 入退院等の病棟管理
- 4 会計·経理
- 5. 医療事故等の報告
- 6. 当該患者さまへの医療サービスの向上
- 7.法人内医療実習・研修への協力
- 8. 医療の質の向上を目的とした法人内症例研究
- 9.その他、患者さまに係る管理運営業務

# ② 法人外への情報提供としての利用

- 1.他の病院、診療所、助産院、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- 2.他の医療機関等からの照会への回答
- 3. 患者さまの診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 4. 検体検査業務等の業務委託
- 5.ご家族等への病状説明
- 6. 保険事務の委託
- 7.審査支払機関へのレセプトの提供
- 8.審査支払機関または保険者からの照会への回答
- 9. 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等
- 10.経営改善等を目的とした、業務協定に基づく提携機関への情報提供
- 11.その他、患者さまへの医療保険事務に関する利用

# ③ その他の利用

- 1.医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 2.外部監査機関への情報提供
- 3.医療の質向上等を目的とした調査・研究など
- \*患者さまの個人情報は当法人の複数施設で共有されます。
- \*上記の目的での情報の利用に対して、同意いただけない点がある場合には、その旨を担当窓口までお申し出ください。お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。なお、これらのお申し出については、いつでも変更することが出来ますので、お申し出ください。
- \*当法人は、治療やサービスに関する十分な説明や情報提供により納得のいく医療を受けていただくために、積極的に情報開示を行っております。お分かりにならないことがありましたら、何度でもお尋ねください。

# 情報開示に関わる費用について

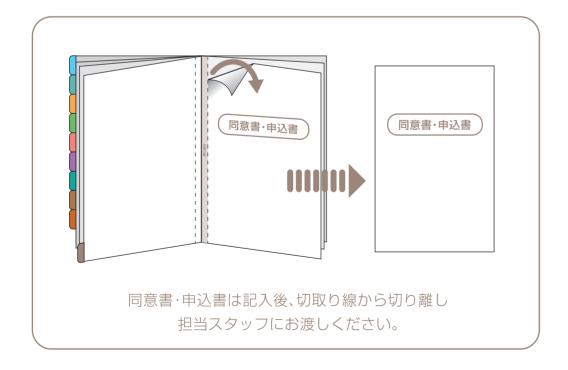


•

詳しくはP13をご覧ください。

# 同意書・申込書

- ① 入院誓約書
- ② 連帯保証人引き受け承諾書
- ③ 特別療養環境室(差額ベッド)入室申込書 兼 入院 保証金同意書
- ④ 医療安全対策に係る患者認証カードについての同意書
- ⑤ MRI検査予診票
- ⑥ おむつ使用に関する同意書
- ⑦ 入院時問診表







成城リハビリテーション病院 院長 殿

# 入院誓約書

私は入院にあたり、連帯保証人と共に、下記事項に誓約いたします。

記

※確認後、□欄にチェックをお願いいたします。											
1. 入院中は、病院の規則を守り、診療上の指示に従います。											
2. 診療費、その	. 診療費、その他の諸料金は本人または連帯保証人が遅滞なく支払います。										
. 本人の身元につきましては、申込者または連帯保証人が一切を引き受けます。											
. 退院・転院につきましては、主治医の指示に従います。											
<ul><li>. 上記に反した場合や、飲酒・喫煙、セクシャル・ハラスメントや暴言・暴力行為等、貴院や他の</li></ul>											
,,		をかける行為を行	3		,,				- , ,		
		貴院の施設・備品									<i>f</i> 。□
7. 貴重品など(	の持込品は	自分で管理し、プ	万一、盗難や	紛失など	かあっ	ても貴	前院に;	迷惑をた	かけません	$\mathcal{V}_{\circ}$	Ш
入院年月日	西暦	年	月	日							
	フリカ゛ナ				男	生年月	目	7	大・昭・	平•	令
	氏名				•		,				
				印	女		年	月	日生	(	歳)
入院者氏名		Ŧ				電話		(	)		
		•				携帯		(	)		
	住所										
	フリカ゛ナ			入院者と	の続柄	生年月	目	7	大・昭・	平•	令
	氏名										
	(P)					年	月	日生	(	歳)	
申込者		<del>-</del>	•			電話		(			
		1				电动 携帯		(	)		
	住所					373 113		`	,		

当院では入院に際して下記要件を満たす連帯保証人を立てていただく必要があります。

極度額は、① 1,000,000円 ② 2,000,000円 とします。

※極度額 連帯保証人が支払いの責任を負う上限金額(入院ごと)

(①2、3、4人床 ②個室)

### ■連帯保証人の要件

- 1. 連帯保証人が入院医療費の極度額を理解していること。
- 2. 連帯保証人が入院費の内容、支払予定額を理解していること。
- 3. 連帯保証人が明確に連帯保証する意向であること。
- 4. 連帯保証人本人が署名すること。
- 5. 連帯保証人は、**入院者および申込者と別所帯で独立の生計を営む成年者**で 支払い能力があること。

'
1
'
1
'
1
1

成城リハビリテーション病院 院長 殿

# 連帯保証人引き受け承諾書

連帯保証人は、入院者および申込者と別生計を営む成年者でお願いいたします

氏の西暦 年 月 日から入院予定の入院医療費について私(連帯保証人)は、万一、指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。なお、極度額①1,000,000円②2,000,000円について同意いたします。

極度額を超えて治療が必要になった際は、入院誓約書を改定して新たな極度額について協議をすることに 合意します。

※極度額 連帯保証人が支払いの責任を負う上限金額(入院ごと) (①2、3、4人床 ②個室)

記入日	西暦	年	月	日					
フリガナ					入院者との続		生年月日	大・昭・平・名	r r
氏名						男・女	年月	日生(	歳)
住所	₸			,		•			
電話	自宅	(	)		携	帯	(	)	
	名称				電	話	(	)	
勤務先	所在地	₹							

連帯保証人欄は自署にてご記入ください。

-				
個	室ノ	、院は	诗拣	4

成城リハビリテーション病院 院長 殿

# 特別療養環境室(差額ベッド)入室申込書 兼 入院保証金同意書

私は貴院に入院するにあたり、より良好な入院環境を希望しますので、その設備、料金に関する説明を受けた上で下記に記載する特別療養環境室に入室することを希望いたします。

大如日本日	差額ベッド料金(室料1日分) 保証金		保証金(室料×15日分)
お部屋番号	税込料金	税抜料金	税込料金
302 · 303 · 307	22,000円	(20,000円)	330,000円

適用日 西暦	年	月	日		
入院者氏名					

### 申込者(料金支払者)

住 所	
氏 名	
入院者との続柄	
電話	

当該入院に際し入院保証金として、室料差額の15日分を入院当日までに支払うことに同意いたします。 退院時または多床室へ転床した際の保証金返金については下記の口座を希望いたします。

	7リガ <i>†</i>					
	銀 <sup>2</sup> 信/	行 用金庫				支店
銀行口座(保証金返金)	口座番号	預金種別	普通	•	当座	
	לאַער †					
	口座名義					

<b>军索继盟側</b> 討阳 <del>之</del>	(説明を行った年月日:西暦	午	$\Box$	$\Box$
达煤饿メツボツ石	(説明を付つに年月日・四僧)	<del></del>	Н	

氏 名	

<u>'</u>	
<u> </u>	
<u>'</u>	
1	

成城リハビリテーション病院 院長 殿

# 医療安全対策に係る患者認証カードについての同意書

私は、貴院への入院時、医療安全対策として貴院が採用する「患者認証カード」の作成の 為の写真撮影を行い、その写真を使用することに同意いたします。

なおカードは、入院中病院内にて、検査・食事提供等における患者誤認防止に使用するものとし、退院時には貴院にて責任を持って破棄していただきます。

申込日 西暦 年 月 日

### 申込者

1,01	
入院者氏名	
申込者氏名 ※入院者で本人が記載される場合は 記入の必要はありません	入院者との続柄:

医療機関側説明者(説明を行った年月日:西暦 年 月 日)

氏名 一
------

# MRI予診票

当院ではMRI検査はできませんが、緊急時、MRI検査を外部に委託し実施するための予診票です。 MRI検査は磁気を使った検査で、金属や電気製品、体内に埋め込まれた医療機器などによっては入室制限や持込み制限があります。また、検査内容によってはお薬を使用する場合もあります。 検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

なお、不明な点がありましたら、空欄にして次の質問にお進みください。後ほど職員が確認いたします。

患者氏名		記載者氏名			記載日	
・歯科用イ	、 ンプラント (磁石式・固	定式)	□無	□有	(有りの場合	年前)
・入れ歯	(ただし外せない歯は	:除く)	□無	□有		
• 義眼•義	手・義足など		□無	□有		
• 補聴器	□無	□有				
・心臓ペー	スメーカー・人工弁・植込	込み型心電図	□無	□有	(有りの場合	年前)
• 脳動脈瘤	<b>i</b> クリップ		□無	□有	(有りの場合	年前)
・可変バル	ブ付きシャント		□無	□有	(有りの場合	年前)
・人工関節	īなどの体内金属		□無	□有	(有りの場合	年前)
・人工内耳	などの人工臓器		□無	□有	(有りの場合	年前)
・その他の	手術経験					
		 方は		• • • • • • • •	(	年前)
何年前の	)どんな手術ですか		(			)
・てんかん	,		□無	□有		
・アレルギ	<u> </u>		□無	□有		
・喘息			□無	□有		
• 不整脈			□無	□有		
• 腎機能障	害		□無	□有		
<ul><li>刺青(ア</li></ul>	'ートメイク含む)		□無	□有		
• 閉所恐怖	症		□無	□有		
・妊娠の可	 「能性		□無	□有		
・コンタク	トレンズ		□無	□有		
• 遠赤外線	 表材の着衣		□無	 □有		

1	
'	
'	
·	
1	

成城リハビリテーション病院 院長 殿

入院時提出

# おむつ使用に関する同意書

私は貴院に入院するにあたり、必要時に以下のおむつを使用し、料金に関する説明を受けたので、その料金を支払うことに同意いたします。

申込日 年月日

患者氏名

名称	費用/1枚	頻度/日	費用/月(概算)
うす型さらさらパンツM~L	44円	回	円
うす型さらさらパンツL~LL	49円	回	円
スーパーフィットテープM	72円		円
ケアスーパーフィットテープL	83円		円
安心パッドスーパー吸収	11円		円
紙パンツにつける尿とりパッドふつうタイプ	18円		円
長時間安心パッドワイドタイプ	19円		円
夜間1枚安心パッドふつうタイプ	31円		円
夜1枚安心パッド多いタイプ	32円		円
フラットタイプ	20円	0	円
紙パンツにつける尿とりパッド(6回吸収)	48円		円
	円		円
	円	回	円
	円	回	円
	円	回	円
	円	回	円
	円	回	円
	円	回	円

<sup>※</sup>患者さまの状況により、内容を変更することがあります。 状況により、価格が変動する可能性があります。

医療機関側説明者(説明を行った年月日: 5			7
大後機関11  説明石(説明な行うだ正月日.			٦
	T ,	J –	_

氏名

# 入院時問診表 1. 発症・受傷前の生活について教えてください

入院時提出

			患者氏名	
			記載者	続柄
緊急時の連絡先	※必ず連	絡の取れる番号を(	憂先順位順に記載してください。	
①氏名	続柄	携帯電話	職場等の連絡先	
②氏名	続柄	携帯電話	職場等の連絡先	
<b>③氏名</b>	続柄	携帯電話	職場等の連絡先	

わかる範囲で構いませんので ご記入をお願いします。

光加	「マ陽削の土力	かた ついくる	父ん(へ	, /¿¿ · · · o			107 ( C 10 /		
アレ	ルギーの有無	□無	□有						
	右	□見える	□見えば	<b>こくい</b> [	□見え	えない			
<del>1</del> □ <del>1</del> -	左	□見える	□見えば	<b>こくい</b> [	□見え	えない			
視力	眼鏡	□無	□有						
	コンタクトレンズ	□無	□有						
	右	□聞こえる	□聞こえ	えにくい [	□聞る	こえなし	, \		
瑞士	左	□聞こえる	□聞こえ	えにくい [	□聞る	こえなし	, \		
聴力	補 聴 器	□無	□有						
	補 聴 器	□右	□左						
	食欲	□無	□有			偏食	□無		□有
栄養	間食	□無	□有						
	義歯	□無	□有	□総て		部分		L	□下
味17	飲酒	□無	□有	1日の量					mL
嗜好	喫煙	□無	□有	1日の本数	ζ	本	喫煙	年数	年
	尿意	□無	□有			失禁	□無		□有
	便意	□無	□有						
排泄	便秘	□無	□有	対処方法	去				
	下痢	□無	□有	対処方法	£				
	オムツの使用	□無	□有						
月経		□順□□不	順 □閉	月経 歳	妊!	娠の可	能性	□無	□有
	寝具	□ベッド	□布 団						
睡眠	睡眠時間	□良眠	□浅眠	□断則	民				
加平	無 呼 吸	□無	□有						
	いびき	□無	□有						

裏面も記入をお願いします

### 2. 住環境について教えて下さい。

- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		' ' '	0				
	□持家  □貸	賃貸					
住宅	□戸建て(生活ス	ペース		階)			
17-0	□マンション(	階	)		エレベー/	ター □無	□有
	□アパート (	階	)			<b>/</b> ⊔ <del>,;;</del>	
玄関	手すり	□無	□有		段差	□無	□有
居室食堂	手すり	□無	□有		段差	□無	□有
寝室	手すり	□無	□有		段差	□無	□有
トイレ	手すり	□無	□有		段差	□無	□有
RA D	□和式	□洋式		□ポータ	タブルトイレ	,	
浴室	手すり	□無	□有		段差	□無	□有
洗面所	手すり	□無	□有		段差	□無	□有
階段	手すり	□無	□有				
廊下	手すり	□無	□有		段差	□無	□有
屋内	□歩行	□杖		□手す	<i>y</i> □	伝い歩き	
移動方法	□歩行器	□車いる	ţ	□いざ	Ŋ		
	坂	□無	□有				
白中田江	外階段	□無	□有	(	段)		
自宅周辺	車の横付け	□可	□不	可			
	外出手段	□徒歩		□車いす	□自転	車	□自動車
その他	住宅改修	□未実施	<del></del>		□可能	<u> </u>	□不可能

# 3. その他

0時	)	6時	*	12時	*	18時	)	24時
	0時	0時	0時 6時	○時 → 6時 ※	○時 → 6時 ※ 12時	○時 → 6時 ※ 12時 ※	○時 → 6時 ※ 12時 ※ 18時	○時 → 6時 ※ 12時 ※ 18時 →

ご記入ありがとうございました

