

入院のご案内

ご入院の病棟は 病棟です。

入院当日は、午前10時頃までに1階中央受付までお越しください。



この入院のご案内は、入院の手続きや入院中の生活に必要なことなどを記載しています。

安心して安全な療養生活を送っていただくために、あらかじめご一読願います。

入院中は、ご家庭での生活と異なり何かと不自由に感じるが多くなりがちです、

ご不明な点やお気づきの点、心配事がありましたら遠慮なく職員までお問い合わせください。

伊豆病院における患者さんの権利と責任

良質で安全な医療を受ける権利

患者さんは、個人の尊厳が守られ生活の質に考慮した安全な医療を受ける権利を有します。

十分な説明と情報を得る権利

患者さんは、検査、治療、診断、病状経過について、十分な説明と情報を得る権利を有します。

自己決定をする権利

患者さんは、自分の自由な意思で検査・治療等を選択または拒否する権利を有し、他院を含めた他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求めることができます。

個人情報保護される権利

患者さんは、診療等で得られた個人情報について、保護される権利を有します。

診療情報の開示を求める権利

患者さんは、自己の診療録の開示を求める権利を有します。

自らの健康・疾病の理解に努める責任

患者さんは、自らも医療者の説明、指示について常に理解しようと努め、自身の治療に共に取り組む責任を有します。

病院環境や他の患者さんへ配慮する責任

患者さんは、自らの言動で他の患者さんの受診や療養に影響を与えないことや、病院職員の業務に支障を与えない責任を有します。

| | | |
|------|-------------------------|-------|
| | 伊豆病院における患者さんの権利と責任…………… | 2 |
| | 目次…………… | 3 |
| 入院準備 | 入院の手続き…………… | 4 |
| | 入院準備…………… | 4~5 |
| | 入院に必要な持ち物…………… | 5 |
| | その他お知らせ…………… | 5 |
| 入院中 | 入院中の過ごし方 診療関連…………… | 6 |
| | 入院中の過ごし方 生活関連…………… | 7 |
| | 入院中の過ごし方 各種お願い…………… | 7~8 |
| | 入院中の過ごし方 医療安全について…………… | 9 |
| | 限度額適用認定証について…………… | 10~11 |
| 退院 | 退院の手続き・医療費の支払い…………… | 12 |
| | 各種証明書の依頼…………… | 12 |
| ご案内 | 各種サービスのご案内…………… | 13 |
| | ご相談について…………… | 14 |
| | アクセス…………… | 14 |
| 各種書類 | 包括同意…………… | 16 |
| | 入院誓約書…………… | 17 |
| | 入院保証書…………… | 18 |
| | 生活状況調査…………… | 19~21 |

入院の手続き

入院手続きに必要なもの

- 診察券（過去に当院を受診された方のみ）
- 印鑑
- 健康保険証または、マイナンバーカード
（健康保険証等は必ずご提示ください。提示がない場合は自費料金扱いになります。）
- 各種医療費受給者証等・限度額適用認定証
（入院中に保険証が変更されたり、各種医療証が交付された場合は、速やかに病棟事務員までお知らせください。）※限度額適用認定証に関する説明はP11をご覧ください。
- 入院のご案内　こちらの冊子をお持ちください。
 - P17 入院誓約書・同意書
（内容をご確認のうえ、署名・押印をお願いします。）
 - P18 入院保証書
（内容をご確認のうえ、ご家族または親権者、連帯保証人の署名・押印をお願いします。
連帯保証人は別世帯の成人で入院費用についての支払い能力のある方です。）
 - P19～21 生活状況調査
（内容をご確認のうえ、記載してください。）
- お薬手帳・処方薬が印刷された一覧表、使用中の薬（飲み薬、目薬、湿布等）

入院準備

持ち物に関する注意点

患者さんが持参された身の回り品や携行品は、全て患者さんご自身で管理してください。万一、盗難・紛失等があった場合、当院では一切の責任を負いかねます。なお、紛失を避けるためにお荷物にはお名前を記入してください。ナイフ、ハサミ、フォークなどの危険物の持ち込みは固くお断りします。

レンタルサービスのご案内

患者さんやご家族のご負担を軽くするために、入院生活に必要な寝衣、タオル、日用品、紙おむつなどのレンタルサービスを行っています。ご利用を希望される場合は、入院案内に同封しているパンフレットをご確認のうえ、入院時に病棟事務にお申し出ください。※下着、靴下のレンタルはありません。

入院に必要な持ち物

- 履きなれた靴（スリッパの使用は転倒防止の観点からご遠慮ください。）
- パジャマ（3着程度）
- 日常着（リハビリテーション病棟入院時は、運動しやすい服）
- 下着、靴下
- バスタオル（2枚）
- フェイスタオル（5枚～7枚）
- 歯ブラシ、歯磨き粉、コップ / 義歯入れ、義歯洗浄剤 ※必要な場合
- ティッシュペーパー、不織布マスク
- 入浴用品（例：シャンプー、ボディーソープ、入浴用品を収納する桶など）
- ヘアブラシ
- 紙おむつ、紙パンツ、お尻拭き、尿とりパット、食事用エプロン ※必要な場合
- ひげそり ※必要な場合

その他お知らせ

●入院時の付き添いについて

入院時の付き添いは2名までに限られます。中学生以下は不可です。
不織布マスクをご持参ください。

●荷物用カート

荷物用のカートを、玄関入口においてありますのでご利用ください。

●入院当日介助が必要な場合

正面玄関に車を止めていただき、お近くのスタッフへお声がけください。

●郵便ポスト

郵便ポストは時間外出入口の外側にあります。

●ATM

ATMは**ありません**。

●駐車場

有料です。入院期間中、やむを得ずご自身のお車を駐車希望される方は、入院病棟スタッフまでお申し出ください。

入院中の過ごし方 診療関連

診療

病状や入院中に行う検査、治療、薬の処方などは主治医からご説明いたします。
説明内容についてご不明な点、ご不安な点がございましたら、遠慮なくご相談ください。
また、医師との面談を希望される場合は、病棟看護師までお問い合わせください。

診療行為の説明と同意

治療や検査などを行う場合は、医師より病状、治療や検査の必要性、期待される効果、危険性、そのほかの治療法などについてご説明いたします。説明内容に納得いただいた後、同意書などに署名していただけます。

薬の管理

入院の際に持参された薬は薬剤師が確認いたします。
入院中の薬の管理については、薬剤師又は看護師より説明いたします。
処方薬についてご質問などがある場合は、薬剤師よりご説明いたしますので、病棟看護師までお問い合わせください。

安全確保の協力

日常と異なる不慣れな入院環境では、転倒などの予想できない事故がおこりやすくなります。
患者さんの安全確保については最善の注意を払っておりますが、本人はもとより、ご家族のご理解とご協力が欠かせません。
入院中の安全確保の取り組みにご協力をお願いいたします。
安全確保についてご不明な点、ご不安な点がある場合は、病棟看護師までお問い合わせください。

病室

個室など差額ベッド料金のかかる病室と差額ベッド料金がかからない病室があります。
個室などを希望される場合は、入室申請書に署名していただけます。
差額ベッド料金は1日あたりのご請求となります。（1泊2日の場合は2日分）
なお、病状に応じて病室を移動していただく場合がありますので、ご協力をお願いします。

入院中の過ごし方 生活関連

起床・消灯時間

起床は午前6時、消灯は午後9時です。

4B病棟のみ、消灯は午後10時です。

食事

医師の指示に基づき病状に合った食事をご用意いたします。

嗜好や食欲などに応じて食事を工夫しており、週に3回は2種類のメニューからお選びいただけます。

なお、食事内容などのお問い合わせは管理栄養士がご説明いたしますので、病棟看護師までお問い合わせください。



朝食

午前7時45分



昼食

正午



夕食

午後6時05分

入浴

入浴時間は午前9時から午後8時までです。

入浴などは、病棟看護師にお問い合わせください。

ご面会

ご面会につきましては、院内感染防止の観点から、ご入院される時期により面会の適否や条件、感染防止対策などが変化します。詳しくは、病棟看護師または事務員までお問い合わせください。

入院中の過ごし方 各種お願い

迷惑行為防止

入院生活は治療が目的であり、共同生活の場でもあります。医師や看護師の指示を守れず、病院の運営に支障をきたしたり、他の患者さんに迷惑のかかる行為があった場合は、退院していただくことがあります。

災害発生時の対応

入院されたら、病棟の非常口をご確認ください。災害が発生した場合、まずご自身の身体を保護し、避難が必要な場合は、慌てずに職員の指示に従って行動してください。

火災発生時は速やかに職員までお知らせください。

外部からのお問い合わせ

緊急時などやむを得ない場合を除き、患者さんへの電話の取次ぎはお断りしています。
また、患者さんの病名・病状・病室などの問い合わせについてもお答えできませんのでご了承ください。

外出・外泊

外出・外泊時は主治医の許可が必要です。ご希望の際は、主治医又は病棟看護師にお申し出ください。
なお、外出・外泊時も所定の入院料・室料がかかります。

入院中の他の医療機関の受診

当院入院中に、他の医療機関の受診を希望する場合、予め主治医又は病棟看護師にお申し出ください。

付き添い

入院中は原則として付き添いの必要はありません。病状などにより患者さんやご家族が希望される場合は、主治医の許可の下、付き添いが可能です。詳しくは、病棟看護師にお問い合わせください。

ご意見・苦情窓口

入院中のご意見・苦情については、各病棟及び1階健康情報コーナーに設置しているご意見箱をご利用ください。

また、入院中のサービスなどに関するご意見は、病棟看護師又は事務員にお寄せください。

心づけ

現金や物品による心づけはご遠慮願います。

携帯電話の利用

携帯電話は医療機器から離して、周囲の方の迷惑にならないようにご使用ください。

禁煙

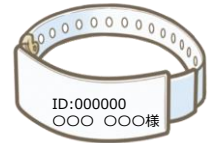
院内・構内は全面禁煙です。ご理解とご協力をお願いいたします。

入院中の過ごし方 医療安全について

私たちは、患者さんやご家族と一緒に、入院中の「安全」に取り組んでいます。
ご協力をお願いします。

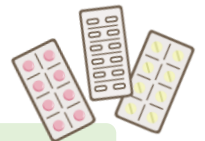
患者さんの確認について

- 安全に検査や治療を受けていただくために、職員はその都度、**お名前と生年月日**を確認させていただきます。
- 入院期間中はリストバンドを着用していただきます。
- お渡した書類などのお名前に間違いがないかご確認ください。



薬の間違い防止について

- お渡しする薬袋や、点滴バックに添付されているお名前を一緒に確認させていただきます。
- 薬が始まるとき、変わるときにはご説明いたします。分からないことがありましたら遠慮なくお尋ねください。
- 「自分の薬が違う」「飲み方が違う」など疑問に思われたときは、飲む前にお尋ねください。
- 薬の種類、量、飲み方を守ってください。また、他の医療機関で処方された薬や市販薬を飲むことを希望される場合は、事前に医師・看護師・薬剤師へご相談ください。



食品の持ち込みについて

- 食べ物の持ち込みは、食事制限のある方に対しては治療を妨げたり、嚥下障害がある方には窒息につながる恐れがあるため、原則ご遠慮いただいております。
持ち込みの際には必ず看護師にご相談ください。

感染防止対策

- 食事の前やトイレのあと、訓練や検査等から病室に戻ってきた時など、石けんでの手洗いや手指消毒をお願いします。
※医療スタッフには患者さんに触れる前の手指消毒を指導しています。患者さんからも、お声がけをお願いします。
- 職員や他の患者さんと接するときはマスクを着用してください。
※マスクは鼻からあごまで覆うように着用してください。
- 食事中など、マスクなしでの会話はお控えください。
- 血液が付いた綿等は、看護師にお渡しください。
※一般ごみには混ぜないでください。

限度額適用認定証について

「入院にかかる費用の窓口負担が軽減されます」

高額な医療費がかかった場合、医療費を全額窓口でお支払いいただき、その後申請により自己負担限度額を超えた分が払い戻される高額医療費制度があります。

事前に「限度額適用認定証」の申請を行っていただき、窓口に提示いただくことにより、診療費として病院へ支払う金額が自己負担限度額までで済むようになります。

注意！！

申請月の1日から適用となり、前月に遡って発行はされませんので、早めのお手続きをお願いします。

また、手続き後は速やかに中央受付窓口にご提示ください。

申請先について

認定申請は保険者（保険証の発行元）で行います。申請手続きは下記の保険者で行ってください。

マイナンバーカードをお持ちの方は限度額適用認定証の申請は不要です。

| 保険の種類 | 申請先 |
|-------------|------------------------------|
| 国民健康保険の方 | お住いの市区町村役場 |
| 社会保険の方 | 勤務先 |
| 後期高齢者医療制度の方 | 各都道府県の後期高齢者医療法域連合・お住いの市区町村役場 |
| その他保険の方 | ご加入の保険者 |

費用について

食事療養費（食事代）、差額ベッド代、書類代金などの健康保険適用外の費用は、高額療養費制度の対象に**含まれません**ので、別途自己負担になります。

●入院時の食事負担（2024年6月時点）

※1か月は31日計算

| 一般（70歳未満） | 一般（70歳以上） | 食事療養費（食事代） | |
|--------------------|-----------|------------|--------------------------|
| 一般（下記以外） | 一般（下記以外） | 1食あたり 490円 | 1か月45,570円 |
| 低所得者 （住民税非課税世帯） | 低所得者Ⅱ（※1） | 90日までの入院 | 1食あたり 230円 1か月21,390円 |
| | | 90日を超える入院 | 1食あたり 180円 1か月16,740円 |
| | 低所得者Ⅰ（※2） | 1食あたり 110円 | 1か月10,230円 |

※1 低所得者Ⅱ：①世帯全員が住民税非課税であって、「低所得者Ⅰ」以外の者

※2 低所得者Ⅰ：①世帯全員が住民税非課税で、世帯の各所得が必要経費・控除を差し引いた時0円となるもの、あるいは②老齢福祉年金受給権者

● 差額ベッド料金 (2024年6月時点)

| 部屋タイプ | 金額 (税込み) | 設備 | 該当病棟 |
|--------------|----------|--------------------|--------------------------|
| Aタイプ 1人部屋 | 12,100円 | シャワールーム トイレ・洗面台 | 4階 A病棟 |
| Bタイプ 1人部屋 | 9,900円 | トイレ・洗面台 | 3階 A病棟/B病棟 4階 A病棟/B病棟 |
| Cタイプ 1人部屋 | 6,600円 | 洗面台 | 3階 A病棟/B病棟 4階 A病棟/B病棟 |
| Dタイプ 4人部屋 | 2,200円 | 共同洗面台 | 3階 A病棟/B病棟 4階 A病棟 |

入院中

自己負担限度額【窓口での支払い額 健康保険のみ一部抜粋※1】 (2024年6月時点)

● 自己負担額 (70歳未満の方)

| 所得区分 (標準報酬月収) | 自己負担額 (1か月あたり) | 多数該当※2 |
|---------------|-------------------------------|----------|
| ア (83万円以上) | 252,600円+ (総医療費-842,000円) ×1% | 140,100円 |
| イ (53万円~79万円) | 167,400円+ (総医療費-558,000円) ×1% | 93,000円 |
| ウ (28万円~50万円) | 80,100円+ (総医療費-267,000円) ×1% | 44,400円 |
| エ (26万円以下) | 57,600円 | 44,400円 |
| オ (住民税非課税の方) | 35,400円 | 24,600円 |

● 自己負担額 (70歳以上の方)

| 所得区分 (標準報酬月収) | 自己負担額 (1か月あたり) | 多数該当※2 | |
|---------------|----------------|-------------------------------|----------|
| ① 現役並み | Ⅲ (83万円以上) | 252,600円+ (総医療費-842,000円) ×1% | 140,100円 |
| | Ⅱ (53万円~79万円) | 167,400円+ (総医療費-558,000円) ×1% | 93,000円 |
| | Ⅰ (28万円~50万円) | 80,100円+ (総医療費-267,000円) ×1% | 44,400円 |
| ② 一般所得者 | 57,600円 | 44,400円 | |
| ③ 低所得 | Ⅱ 住民税非課税世帯 | 24,600円 | |
| | Ⅰ 住民税非課税世帯※3 | 15,000円 | |

※1 国民健康保険の方や詳しい説明が必要な場合は、受付までお問い合わせください。

※2 多数該当 (過去12か月以内に3回以上の高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当した場合の金額)

※3 扶養家族を含むすべての収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない方

【 限度額適用認定症について 】

退院の手続き・医療費の支払い

医師から退院許可が出ましたら、退院日時を調整しますので、病棟看護師にお問い合わせください。

入院費用は月末に1か月をとりまとめて、翌月15日頃に請求させていただきます。

請求書が届きましたら中央受付会計窓口などでお支払いください。また、退院当日に入院費の精算をお願いします。

クレジットカードでの支払いは可能ですが、予めご利用限度額をご確認ください。

領収書は各種手続きや申請時に必要となります。

領収書の再発行はできませんので大切に保管してください。

中央受付会計お取り扱い時間

平日 午前9時～午後5時

支払い方法

- 現金
- QRコード（PayPay、d払い、楽天Pay）
- クレジットカード（VISA、Master、JCB、UC、NICOS）



各種証明書の依頼

診療に関する診断書や証明書、退院後の生命保険などの各種書類作成には数日間を要します。

必要な場合は、1階中央受付にお申し出ください。なお、患者さん本人以外の方が作成をご依頼される場合は、個人情報保護法に基づき、患者さん本人の同意文書が必要になります。

受付場所

1階中央受付

受付時間

平日 午前8時30分～午後5時



各種サービスのご案内

● テレビカードについて

病室内に設置されている**テレビ・冷蔵庫**や病棟内に設置されている**洗濯機・乾燥機**は**有料**です。

ご利用の際はテレビカードをご利用ください。

テレビカードは病棟内または、1階売店横の自動販売機でお求めください。

テレビカードの残額清算は、1階売店横の精算機をご利用ください。

● クリーニングサービス

クリーニングサービス（有料）を提供しております。

ご利用の際は、病棟看護師までお問い合わせください。

● Wi-Fi（無線LAN）

入院患者さんが利用できるWi-Fiがあります。

不明点ございましたら、病棟スタッフへお申し出ください。

※当院のWi-Fiは5GHzのIEEE802.11aのみの提供となります。

IEEE802.11n、11b、11gは対応しておりません。

各端末のWi-Fi対応状況につきましては、メーカーもしくは購入先に予めご確認をお願いします。



QRコードを読み取るとWi-Fiに接続ができます。

● 理・美容室

予約制のため、ご利用の際は病棟看護師または事務員までお問い合わせください。

営業時間 月、火、木、午前9時30分～午後12時30分

● 売店

1階に売店を設置しています。

入院に必要な衛生資材、日用品、衣料品、新聞、雑誌、文房具、飲料、食料品などを取り扱っています。また、カラーコピー、宅配などのサービスもご利用できます。



営業時間

平日 午前9時～午後5時

土日祝日 午前10時～午後2時

ご相談について

病気にかかると「突然の入院でどうしたらよいかわからない」、「医療費や生活費が心配」、退院後の介護や生活が心配、「転院先や施設を紹介してほしい」、「健康保険や介護保険などの社会保障サービスのことを知りたい」、「誰に相談したらよいかわからない」など、健康な時になかった心配事が起きます。そういったお悩みを抱える患者さんやご家族の皆さんに対し、ソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士）や看護師などによる相談をお受けしております。

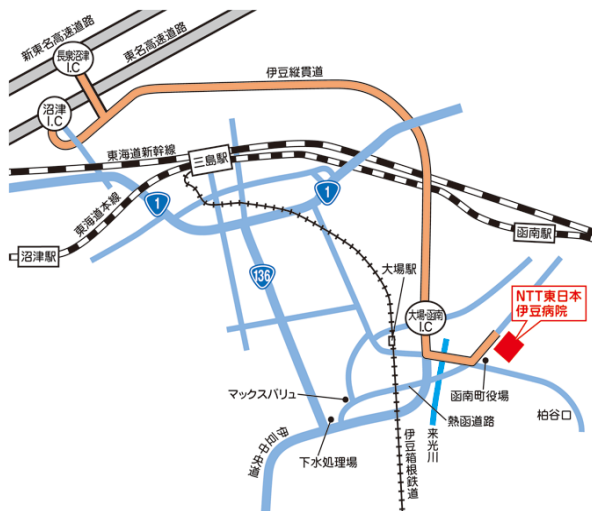
相談を希望される方は、主治医や病棟看護師にお申し出ください。

1階地域医療連携センターへご案内いたします。

受付時間 平日 午前9時～午後5時



アクセス



NTT東日本伊豆病院

〒419-0193

静岡県田方郡函南町平井750

電話：055-978-2320

FAX：055-979-3098

当院最寄りの函南駅・大場駅から病院間で無料送迎バスを運行しております。

お車でお越しの方は駐車場（有料）をご用意しております。

詳しくはホームページをご覧ください。（QRコードからホームページご覧いただけます）



ホームページ

JR東海道線函南駅

- ① 無料送迎バスホームページをご覧ください。
- ② 伊豆箱根鉄道バスでお越しの方
畑毛・古奈温泉行「NTT伊豆病院前」
- ③ タクシー所要時間5分



函南駅時刻表

伊豆箱根鉄道大場駅

- ① 無料送迎バスホームページをご覧ください。
- ② 伊豆箱根鉄道バスでお越しの方
畑毛・古奈温泉行「岐れ道」または
「NTT伊豆病院前」
- ③ タクシー所要時間5分



大場駅時刻表

各種書類



- P17 入院誓約書
(内容をご確認のうえ、署名・押印をお願いします。)
- P18 入院保証書
(内容をご確認のうえ、ご家族または親権者、連帯保証人の署名・押印をお願いします。
連帯保証人は別世帯の成人で入院費用についての支払い能力のある方です。)
- P19～21 生活状況調査
(内容をご確認のうえ、記入をお願いします。)

包括同意について

NTT東日本伊豆病院

当院では、書面で正式な説明同意をいただく診療項目と、口頭で説明、同意確認をさせていただく診療項目に分けて、対応させていただいております。

以下の診療項目は、医師が立ち会う必要がないものが多く、患者さんへの心身のご負担も少ないものです。診療を円滑に進めるために、これらの診療項目については、口頭での説明、同意確認で対応させていただいております。不明点や質問等がございましたら、医師、看護師までお申し出ください。

【一般項目】

問診、視診、理学的診察、体温測定、身長測定、体重測定、血圧測定、リハビリテーション、栄養状態の評価、栄養指導、食事の決定

【検査・モニター】

血液検査、尿検査、蓄尿、痰などの微生物学的検査、検体の病理・細胞診検査、心電図・脈波、肺機能・脳波・超音波検査・筋電図などの生理検査、X線一般撮影、X線透視撮影、造影剤を用いないCT検査とMR検査、心理検査、心電図モニター・経皮酸素飽和度モニター、皮内反応検査（パッチテスト、皮内テスト、スクラッチテスト、ツベルクリン反応、最小紅斑量測定など）

患者さんの安全確保のために、リハビリテーション精神科病棟の一部、MRI室、CT室では、治療上必要な場合、患者さんの様子をカメラでモニターさせていただきます。

【処置】

痰などの吸引、経鼻胃管カテーテルの管理、膀胱留置カテーテルの管理、う歯(虫歯)・歯周病・義歯の検査と治療、口腔ケア

【投薬・投与】

通常の投薬、注射、末梢静脈内留置針挿入(点滴ラインの確保)、持続皮下留置針挿入、酸素投与 病棟同室者にインフルエンザ発生時の抗ウイルス薬予防投薬

【臨床研究検体】

血液、組織等の臨床検体を匿名で臨床研究に供する可能性があり、そのために保存することがあります。

【患者さんの確認について】

治療や検査等ご本人確認のため、すべての入院患者さんにリストバンドを装着させていただきます。

【臨床研修医・学生・研修生について】

当院は厚生労働省が定める指定基準をみたした協力型臨床研修病院です。担当指導医の適切な指導・監督のもと、初期研修医が診療に携わっております。また、当院は医療職の育成を担う臨床実習機関でもあるため、学生や研修生等が指導者の監督の下に見学・実習・研修に参加する場合がございます。

上記の診療行為は一定以上の経験を有する者によって行われますが、場合によっては出血などの合併症を伴うことがあり得ます。このような場合、合併症の治療は通常の保険診療として行われます。

あらかじめ、ご理解いただきますよう、お願いいたします。

入院誓約書

入院患者 氏 名

生年月日 年 月 日 (歳) 男・女

現住所

私は、入院のうえは東日本電信電話株式会社診療規定のほか、診療、療養、秩序維持についての規定、指示をされても異議は申しません。

私と連帯保証人は共に、万一診療費、入院料その他の当院への入院に係る費用の納入遅滞および未払いの事態が生じた時は、法的手続き等により支払いの履行請求を受ける旨了承いたします。NTT東日本伊豆病院から連帯保証人に対して履行請求がなされた場合についても、その請求の効力が連帯保証人だけでなく私にも及ぶことに同意します。

また、貴院が連帯保証人に対し債務の履行状況に関する情報の提供を行うことについて異議を述べません。

以上誓約します。

年 月 日

入院患者 氏 名

印

※以下は法定代理人がいる場合のみ記入

法定代理人氏 名 (患者さんとの関係)

生年月日 年 月 日 (歳) 男・女

現住所

電話

勤務先

電話 (勤務先)

入院保証書

入院患者 氏 名

生年月日 年 月 日 (歳) 男・女

現住所

上記の者入院については、規則を堅く守り身上に関する一切連帯保証人が引き受けます。

また、診療費、入院料その他の当院への入院に係る費用の支払延滞の際は、直ちに連帯保証人から納付します。

なお、住所・電話番号に変更事項があった場合は、直ちにご連絡することはもちろん、長期の旅行等の場合はご承認を得て相当の代理人を定めます。仮にご連絡を怠ったことにより、貴院が従前の連絡先に宛てて書面等を送付した際に当該書面等が延着又は不到達であってもその到達すべき時に通知内容を了知したものととして扱うことに同意いたします。

年 月 日

連帯保証人氏 名



(注) 連帯保証人は原則として別世帯で成人している方であること。

生年月日 年 月 日 (歳) 男・女

現住所

電話

勤務先

電話 (勤務先)

極度額 (連帯保証人上限額)

2,000,000円

(注) 連帯保証人は当院に対し、入院患者が本契約上負担する一切の責務を極限度の範囲内で連帯して保証すること。

※極度額とはあくまでも連帯保証人の上限額であり、当院では一律に200万円と定めています。なお、実際の請求額は患者個々の保険負担割合や診療内容等により計算される額となります。

生活状況調査

入院生活を始めるにあたり、療養生活の参考にさせていただきますので、以下の質問について○で囲むか（ ）内へ記入してください。

ここで得られた情報に関するプライバシーについて固く守ることをお約束します。

1. 連絡先についてお伺いします。

| | 氏名 | 患者との関係 | 電話番号 |
|----------|----|--------|------|
| 連絡先① 昼間 | | | |
| 連絡先② 夜間 | | | |
| 連絡先③ その他 | | | |

2. 健康についてお伺いします。

① 今回の病気以外で今までにかかった病気はありますか。どのような治療をされましたか。

(例) 高血圧症、白内障、肝臓病、腎臓病、脳梗塞、脳出血、心臓病、骨粗鬆症、
精神病、認知症、がん、前立せん肥大、リウマチ、喘息、花粉症 等々

(○を記入してください)

| 病名 | 何歳頃 | 治療内容 | (○を記入してください) | | 医療機関 |
|----|-----|------|--------------|----|------|
| | | | 入院 | 手術 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

② 病気について医療者から生活上で注意、説明は受けましたか。 (はい ・ いいえ)

〔内容： 〕

③ 健康のために気をつけていることはありますか。 (はい ・ いいえ)

〔例：規則的な生活等 〕

④ タバコは吸いますか。 (はい1日 本 ・ いいえ)

⑤ お酒は飲みますか。 (はい1日【種類 量】 ・ いいえ)

⑥ 病院の薬以外に市販薬で飲んでいる薬はありますか。 (はい ・ いいえ)

⑦ 薬や食品でアレルギーはありますか。 (はい ・ いいえ)

()

3.病前の食事についてお伺いします。

- ①いつも決まった時間に食事をとりますか。 (はい ・ いいえ)
朝 () 時 昼 () 時 夕 () 時 (週 回)
②外食する回数はどの位ですか。 (甘口 ・ 辛口 ・ 濃口 ・ 薄口)
③味付けはどうですか。 (はい ・ いいえ)
④食事で何か注意していますか。 (はい ・ いいえ)
〔例：塩分を控える等〕
⑤禁止または制限されている食品はありますか。
〔食品名：〕
⑥最近、体重に変化はありましたか。
(増えた ・ 減った) ⇒ (日間 か月で Kg)

4.現在の排泄状況についてお伺いします。

- ①便意はありますか。 (はい ・ いいえ)
②便の回数を教えてください。 () 日に () 回
③どのような便ですか。 (固い ・ 普通 ・ 柔らかい ・ 下痢)
④便秘や下痢の時の対処法
(水分摂取 ・ 食事 ・ 薬【 】 ・ 浣腸【 】 ・ その他【 】)
⑤尿意はありますか。 (はい ・ いいえ)
⑥尿の回数は1日何回くらいですか。 (回)
⑦夜の尿回数は何回ですか。 (回)
⑧排尿の際にお困りなことはありますか。 (はい ・ いいえ)

5.現在の体の状況についてお伺いします。

- ①視力に問題はありますか。 (はい ・ いいえ)
②耳はよく聞こえますか。 (はい ・ いいえ)
③味覚に変化はありましたか。 (はい ・ いいえ)
④しびれるところがありますか。 (はい ・ いいえ) 【部位：】
⑤痛いところがありますか。 (はい ・ いいえ) 【部位：】
痛いときどのように対処していますか。 ()

6.現在の睡眠状況についてお伺いします。

- ①よく眠れますか。 (はい ・ いいえ)
②寝れないときはどうしていますか。 ()
③睡眠時間は何時間ですか。 (時間)
④いびきはかきますか。 (はい ・ いいえ)

7.ご本人はどんな性格ですか

()

8. 家族構成を教えてください。

| | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 健康状態 | 職業 | 同居・別居 | 市町村 |
|-------|----|----|----|------|----|-------|-----|
| パートナー | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |
| 子 | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |
| | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |
| | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |
| 両親・父 | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |
| 両親・母 | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |
| | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |
| | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |
| 兄弟 | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |
| | | | | 良・不良 | | 同居・別居 | |

9. 本人の役割についてお伺いします。

家族での役割はなんですか。 ()

仕事（職業）の内容をお書きください。 ()

10. 何かストレスになっていることはありますか。 (はい ・ いいえ)

〔内容： 〕

11. ストレスを感じた時はどのように対処していますか。

〔内容： 〕

12. ここ1～2年のうちで生活に大きな変化がありましたか。 (はい ・ いいえ)

〔内容： 〕

13. 信仰している宗教はありますか。 (はい ・ いいえ)

ある方、入院は宗教活動の妨げになりますか。その信仰に基づいた生活をするために、希望すること
はありますか。

〔内容： 〕

14. 介護者の方にお伺いします。

介護を経験したことがありますか。 (はい ・ いいえ)

15. 入院にあたっての目標

本人 ()

ご家族 ()

16. 家屋の状況を教えてください。

① (持家 ・ 借家) (平屋 ・ 2階建て ・ アパート等 階)

② トイレの様式はどちらですか。 (洋式 ・ 和式)

③ 寝室は何階ですか。 (階)

④ 普段使用している寝具は何ですか。 (ふとん ・ ベッド)

17. 退院後の生活の場についてどのように考えていますか。

(自宅 ・ 施設 ・ その他)