

様

入院の ご案内

Hospitalization Guidance



社会医療法人 青洲会

百年橋リハビリテーション病院

Hyakunenbashi Rehabilitation HOSPITAL

百年橋
リハビリテーション
病院の

理念

- 医療人たる使命を自覚し、一視同仁、親切丁寧をモットーとする。
- 安心安全で、良質な医療・介護を提供する。
- 地域住民とともに健康と福祉の増進に貢献する。
- 最新の医療知識、技術の習得に努め、業務の改善に努力する。

百年橋
リハビリテーション
病院の

基本方針

- 回復期リハビリテーション病院機能を中心とした医療・福祉・保健サービスを提供します。
- 急性期病院との連携の充実・強化を図り、早期在宅・社会復帰に貢献します。
- 地域の在宅医療との連携により、住み慣れた場所での生活を支援します。
- 地域に信頼される、安心、安全な医療・介護を提供します。

百年橋
リハビリテーション
病院の

ビジョン

- 地域での活動を育む最善のリハビリテーション医療を提供します。

百年橋
リハビリテーション
病院の

コンセプト

- あ. あなたのそばに そばに寄り添うあたたかみ
- た. たしかな医療と 「学習する組織」
- た. たよれる支援で 地域で信頼される
- か. かかわり続けて
回復期～在宅、亡くなった後まで
- み. みらいを創る 住み良い街づくりに貢献する

患者さんと医療者の より良いパートナーシップの構築について

百年橋リハビリテーション病院では、医療者だけでなく患者さんにも医療に参加していただくことによって、安心安全で良質な医療の提供ができると考えており、以下の項目について方針を定めております。

患者さんと医療者がお互いに信頼し良好なパートナーシップを築いていけるよう努力致します。

① 患者さんの権利

百年橋リハビリテーション病院では、患者さんの権利を十分に守り、患者さんとパートナーシップを図りながら良質な医療の提供を目指します。

- ① 患者さんは、心温かな医療を受ける権利があります。
- ② 患者さんは、診断・検査・治療・予後に関する情報を患者さんが理解できる言葉で説明を受ける権利があります。
- ③ 患者さんは、検査・治療を受ける前に、それに同意するかどうかを判断するために必要な説明を受ける権利があり、また、他の医療機関への紹介を受ける権利があります。
- ④ 患者さんは、患者さんの行動に適應される当院の規則を知る権利があり、また、規則を守って頂く義務があります。
- ⑤ 患者さんは、請求書の説明を受ける権利があります。
- ⑥ 患者さんは、プライバシーについて配慮を求める権利があります。

② 説明と同意(インフォームドコンセント)

できるだけ専門用語を使わずに、分かりやすく理解できるような説明に努めます。

分からないことは何でもご質問ください。説明の内容が十分理解でき、納得した上で、患者さんの意思に基づく治療方針を一緒に決定して参ります。

③ 情報開示

必要に応じ、診療情報の開示を行っております。患者さんが安心して自分の情報を知ることができ、より良いパートナーシップの構築につながります。

4 セカンドオピニオン

患者さんがより納得のいく治療を受けるために、他の医療機関の医師の意見を求めたい場合は、当院での診療上のデータを提供します。

※セカンドオピニオンとは、患者さんの病状や治療方針について他の医師の意見を求めることを言います。

5 患者さんの声(ご意見箱)の設置

各所にご意見箱を設置しております。ご意見、ご提案、お気づき、苦情等がございましたら、是非お聞かせください。

6 患者さんへのお願い

- ① 医療における安全性確保のために、当院では委員会を設置して、医療事故防止や感染症対策等のマニュアルを作成し実施、評価を行っております。患者さん、ご家族も安全確保のために重要な一員であることを認識いただき、ご協力をお願い致します。
- ② 氏名、生年月日、連絡先等は正確にお伝えください。
- ③ アレルギー、今までの病気やケガ、現在使用しているお薬など、ご自身の健康に関することは詳しく教えてください。
- ④ 診療の際(検査・薬剤・処置など)には、その都度、名前を確認させていただきます。
- ⑤ 説明が理解できず納得できないとき、疑問に思う事などは、遠慮なくお尋ねください。
- ⑥ 当院では医療安全管理委員会を中心として組織的な教育・訓練の実施など、安全な医療を提供する努力をしております。しかし、医療は本質的に不確実なもので、たとえ医療的な間違いがなくとも、望ましくない結果が生じることがあり得ます。患者さん自身が十分納得した上で、自由にご自身の治療方法を決定していただく様にしております。
- ⑦ 当院は医師、看護学生、リハビリ学生等の研修・実習教育を行っております。厳重な指導のもとに実施しておりますので、医療者の育成のために何卒ご理解、ご協力をお願い致します。
- ⑧ 以下のような迷惑行為は、診療をお断りするとともに、所轄警察に届ける場合があります。
 1. 他の患者さんや職員にセクシャルハラスメントや暴力行為があった場合、もしくはその恐れが強い場合。
 2. 大声、暴言または脅迫的な言動により、他の患者さんに迷惑を及ぼし、あるいは職員の業務を妨げた場合。
 3. 解決しがたい要求を繰り返し行い、病院業務を妨げた場合。
 4. 建物設置備品を故意に破損した場合。
 5. 受診に必要なない危険な物品を院内に持ち込んだ場合。
 6. 許可なく録音、撮影をした場合。

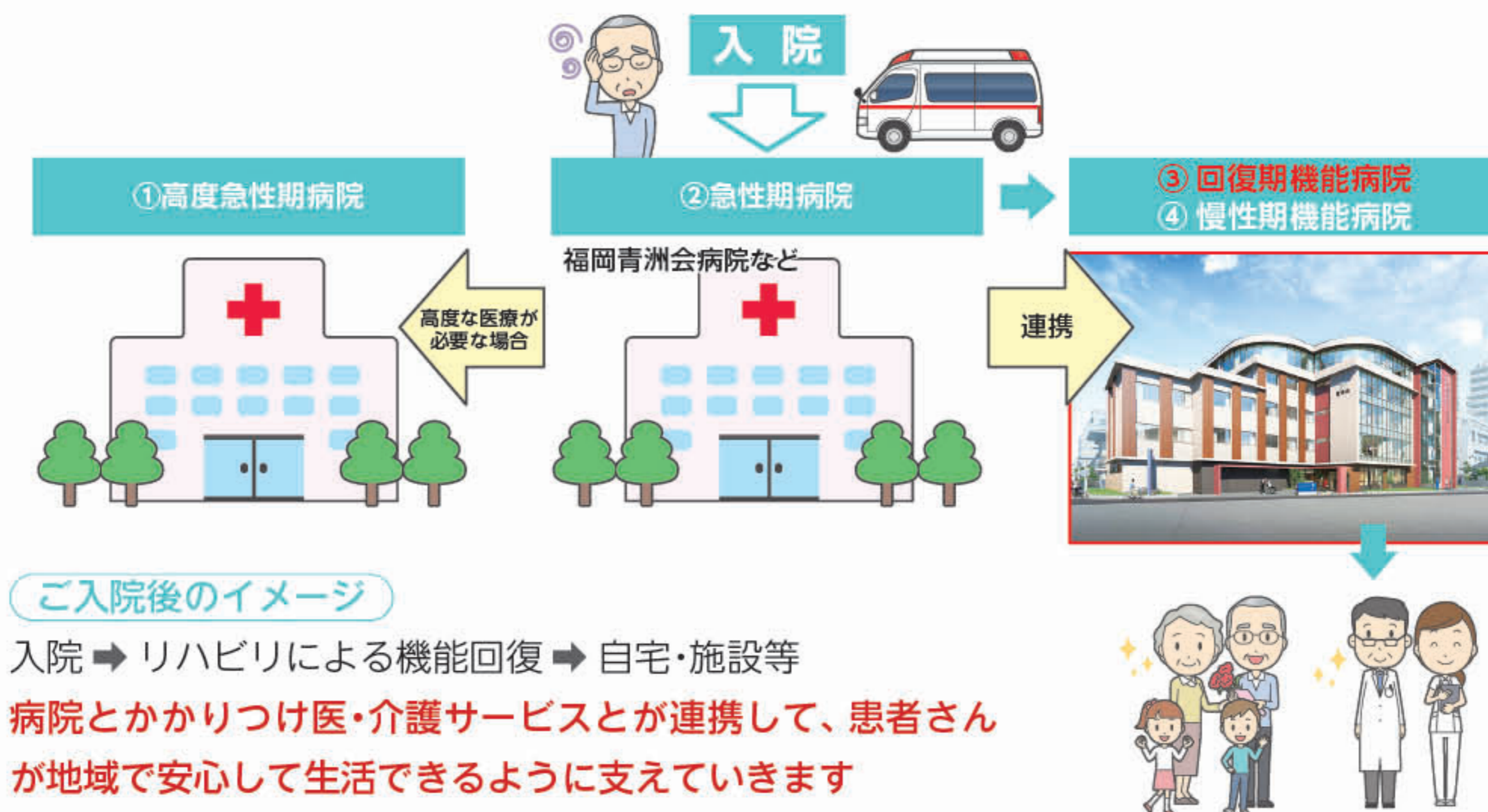
ご入院の患者さん・ご家族様への大切なお願い

国の施策により、「各病院を4つの機能に分類し、それぞれ役割に応じた医療を提供すること」となっております。機能別とは下記のようになっています。

機能別の医療機関

- ① 高度急性期 (大学病院を初めとした高度な医療を提供する病院)
- ② 急性期病院 (病気発症間もない急性期の医療を提供する地域の基幹病院)
- ③ 回復期機能病院 (生命の危機を脱し、機能回復やご自宅に帰る準備をする病院)
- ④ 慢性期機能病院 (病気が慢性化し長期の医療が必要な方への療養を行う病院)

百年橋リハビリテーション病院は③の回復期を担う病院になります



患者さん・ご家族の方へ

当院は、急性期治療後のリハビリテーションやかかりつけ医等からの紹介による治療・リハビリテーションを行う「回復期機能」病院です。退院に向けてかかりつけ医や介護保険サービス事業者との話し合い・サービス契約などを進め、自宅・施設等へ安心して退院できるような連携を図っています。

当院には「退院支援看護師」「医療ソーシャルワーカー」等が配置されており、ご相談を伺っております。また、ご不明な点等あればご遠慮なく、病棟スタッフにお尋ねください。

入院をされる患者さんへ

1 入院の手続きについて

診察の結果、当日入院加療と診断された方は、入院の手続きをして頂きます。
入院のご案内(誓約書等)の書類を説明後お渡し致します。
予約入院の患者さんは、書類はご自宅でご記入して頂き入院当日にご持参ください。

2 入院時の持ち物について

入院当日には次の物をご準備ください。
※忘れ物がないように、□に✓を入れて確認してください。

■ 入院時に必要な書類など

1 「入院のご案内」パンフレット一式

入院のご案内



- 入院前の体調チェックシート
 - 入院時間診票
 - 入院申し込み兼入院誓約書
 - 入院についての自己申告書
 - 差額室料自己負担同意書
 - テレビ・冷蔵庫セット利用説明同意書
 - 個人情報保護法に伴う、入院患者同意項目
- ※この冊子の後部にあります。ご記入の上お持ちください。
※消えるペンでの記載はご遠慮ください。

2 保険証・各種医療証

マイナンバーカード
(マイナ保険証)、
介護保険証(障がい者・乳幼児・ひとり親・
特定医療・限度額適用認定証等)



3 退院証明書

(直近3ヶ月以内に他の病院
に入院歴がある場合)



■ 入院生活に必要なもの

破損しやすい湯飲みや、「高価な物」「弁済のきかない物」の持ち込みは、ご遠慮ください。
破損・紛失の場合は責任を負いかねます。

4 お薬

服用・使用中の
薬など



お薬手帳



薬剤情報提供書
(お薬の説明書)



5 病院内でのはきもの

はきもの



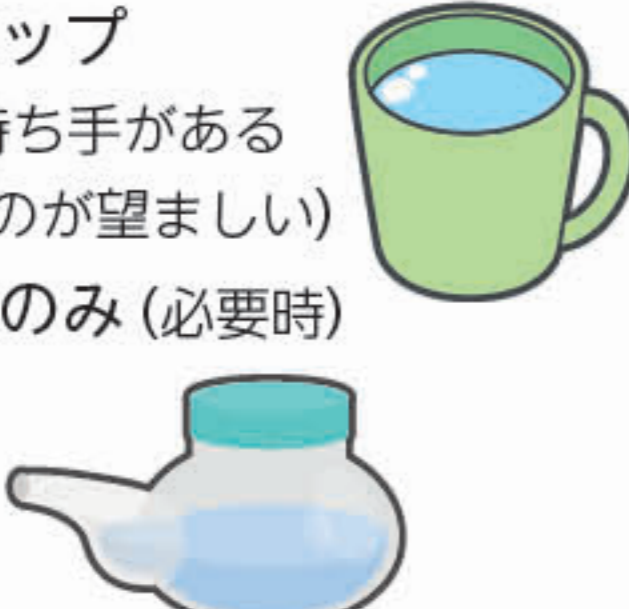
靴タイプ
のもの



スリッパは
禁止

6 食器用具

- コップ
(持ち手があるものが望ましい)
- 楽のみ(必要時)



7 洗面用具

- 歯ブラシ
- 義歯入れ
- くし等



8 入浴用具

- 洗面器
- シャンプー
- 石けん
- 電気ひげそり等



9 下着類

- シャツ類
- パンツ類



10 ねまき

- ねまき



11 その他の日用品

- ティッシュペーパー
- タオル
- バスタオル
- 爪切り
- 寒い時に着る上着
- 洗たく物を入れる袋かバケツ
- 洗剤

※1 必ずお名前の記入をお願い致します。

※2 **入院セット(有料)**

当院では、入院の際、身のまわりのものをまとめて提供する「入院セット(有料)」をご用意しています。**衣類や消耗品の準備、タオルの洗濯等が不要になりますのでできる限りの利用をお願い致します。**

(患者さんと業者さんとの契約となります)

(内容・料金等に関するお問合せ 株式会社リンクウイズ)
(0120-905-686(土日祝日を除く 9:00~18:00))



※3 **テレビについて**

個人所有のテレビの持ち込みはご遠慮ください。

1日300円(税込)でご利用頂けます(テレビ、冷蔵庫)。

テレビはイヤホンを使用し、他の患者さんの迷惑にならないよう配慮してください。

(当院2階の自動販売機で販売致しております。)

※4 **洗濯について**

原則として自宅をお願い致します。

事情により自宅へ持ち帰りが出来ない場合は各階にコインランドリーが有りますのでご利用ください。洗濯:200円/1回・乾燥:100円/30分(9:00~20:00)

※5 **ハサミ、刃物類の持ち込みは固くお断りしています。**

※6 **理容について**

散髪をご希望される方は、看護師までお申し出ください。

■ **売店・ATM**

売店・ATMはございません。

3 入院予定の方へ 感染症防止対策についてのお願い

- 入院前日に、“**入院前の体調チェックシート**”を記載し、入院日に受付にご提出ください。
- 原則として、入院中の外出・外泊はできません。(主治医の許可があった場合を除く)
- ご面会時は以下にご協力ください

面会時の注意事項

- ①面会時間 平日 午後13:00 ～ 17:00
土曜 午前10:00 ～ 12:00 (土曜午後・日祝除く)

※1回の面会時間:15分以内でお願いします

- ②病棟・病室への入室 2名様まで(15歳以下の方はご遠慮下さい)
- ③来院時の検温(37.5℃以上の発熱または上気道症状等の方は入室不可)
- ④院内でのマスク着用
- ⑤入室・退室時及びエレベーター乗降時の手指消毒
- ⑥面会中の飲食不可

土曜午後や日曜日の荷物等の受渡しに関しては、病棟スタッフにて対応致します。
尚、院内での感染発生や地域の感染状況等で再度面会を制限する場合がございます。
何卒ご了承ください。

4 入院当日の手続きについて

受付にお越しください。

保険証、各種医療証や他院、他施設からの紹介状・退院証明書をお持ちの方は受付時にご提示ください。

5 入院患者さんへお願い

入院期間中は、原則として他の医療機関（かかりつけ医を含む）を受診することはできません。

もし、入院中に患者さんのご希望等で他の医療機関を受診（ご家族様のみ代理受診を含む）された場合、その費用には健康保険が適用されずに全額が患者さんの自己負担となる場合がありますのでご注意ください。

但し、医科（歯科以外）入院中に、歯科の医療機関を受診される場合を除きます。

● 例 かかりつけの病院で処方されている薬がなくなりかけているので、家族に取りに行ってもらった（処方してもらった）。

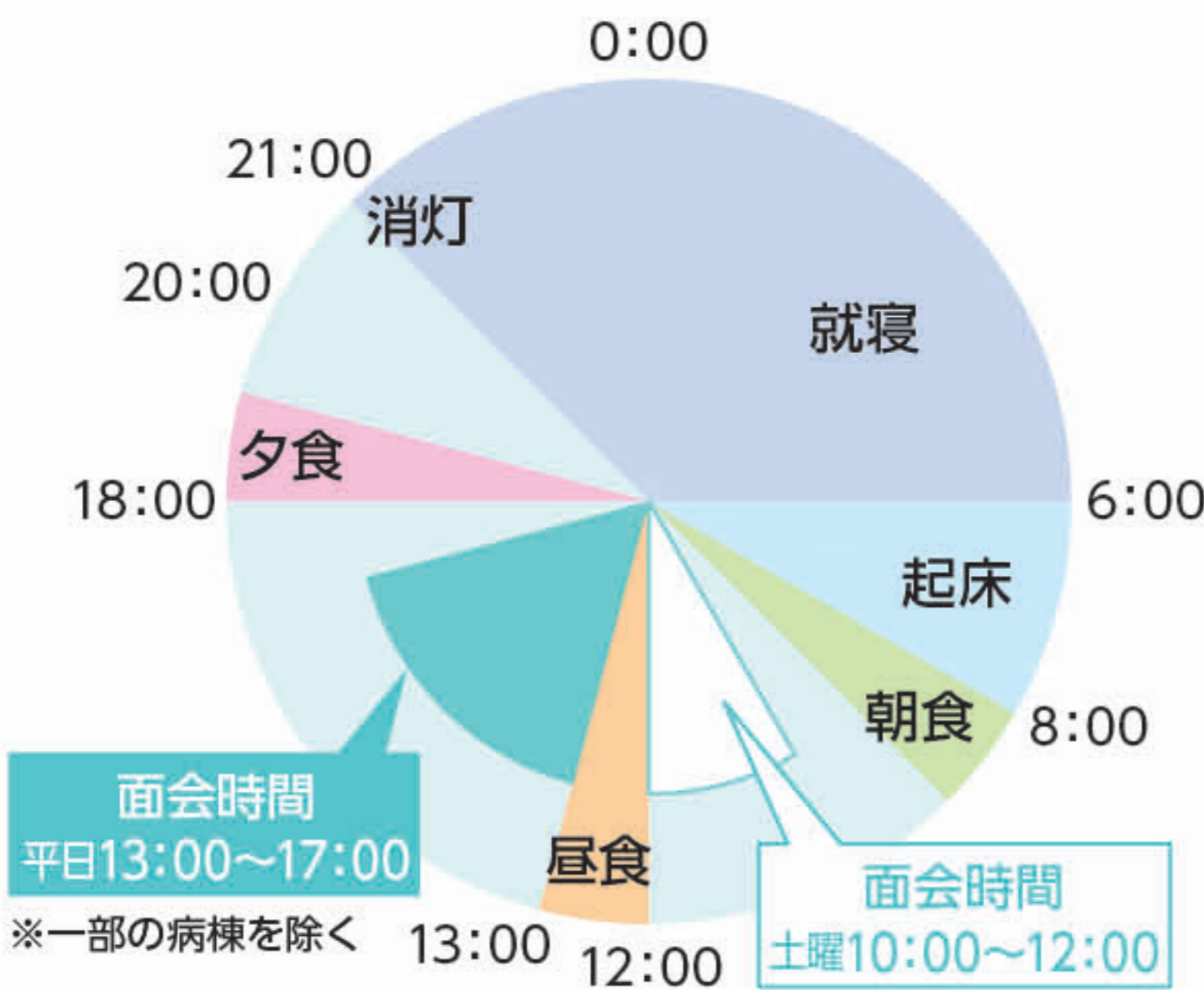
➡ 普段から服用されているお薬がある方は、必ず主治医や看護師、薬剤師にお知らせください。

入院期間中の他医療機関受診については、必ず主治医へご相談ください。

- 入院中は、治療に専念していただくため、医師や看護師及び職員からの注意事項等はお守りください。
- 運動、入浴は主治医の許可が必要です。
- 指示された以外の薬を無断で服用しないようお願い致します。
- 病院敷地内（駐車場を含む）は、全面禁煙となっておりますのでご協力をお願い致します。
- 入院中の飲酒は禁止です。飲酒後のお見舞いはご遠慮ください。
- 患者さんの採血など医療行為を行う際には十分注意をしていますが、やむをえず職員が受傷することがあります。その際にはB型肝炎、C型肝炎、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）の検査を当院の費用負担でさせていただくことがありますのでご了承ください。
- 院内での宗教活動はご遠慮下さい。
- 患者さん同士の金品の貸し借りは行わないでください。
- 患者さん同士の飲食物のやり取りは、治療の妨げとなる場合もありますのでお控えいただくようお願い致します。

以上についてお守りいただけない場合は、退院していただく場合があります。

■ 1日のスケジュール



1日のスケジュール	
🕒 6:00~8:00	起床
🕒 8:00前後	朝食
🕒 12:00前後	昼食
🕒 18:00前後	夕食
🕒 21:00	消灯

※原則として消灯時間は21:00です。

■ 面会について

面会時は、当院1階受付にお立ち寄りいただき、面会カードにご記入後、エレベーターへスタッフがご案内いたします。面会カードそのままお持ちいただき、病棟のスタッフステーションでお渡しください。尚、感染症流行状況などに応じて面会時間・面会人数等は変更となる場合がございます。詳細は職員までお尋ねください。

面会時間
平日 13:00~17:00
土曜 10:00~12:00
日曜・祝日 なし

■ 食事について

治療また感染防止の観点からも自炊や出前のご遠慮ください。
 食事も治療のひとつです。入院中は病院食以外のご遠慮下さい。

食事時間		食事停止依頼の締め切り時間
朝食	8:00頃	前日 10:30 まで
昼食	12:00頃	
夕食	18:00頃	

- 食事の停止希望は、上記の締め切り時間までに医師または看護師にお申し出ください。締め切り時間後の食事停止依頼は、食事代の支払いが生じますのでご注意ください。

■ 付き添い

原則として付き添いは出来ませんが、病状など特別な理由でご家族が付き添いを希望される場合は、主治医の許可が必要です。
詳しくは病棟看護師へご相談ください。

■ 携帯電話、パソコン等の使用について

医療機器の誤作動等の原因となりますのでご使用禁止エリアでは電源をお切りください。
病室内での使用の際は、他の方へのご配慮をお願い致します。

消灯時間後の使用はお控えください。

使用に際してはマナーを守ってご使用ください。病状によってはご使用をお控えいただく場合があります。

尚、「入院患者さん向け無料Wi-Fi」を入院時にご案内しております。設定につきましては患者さんご自身・ご家族様等で行っていただくようお願いいたします。

※患者さんや職員のプライバシー及び個人情報保護の為、無断で病院内の撮影や録音、またそれらをブログやネットに配信・投稿する事は、禁止としております。

■ 貴重品の管理

貴重品や、多額の現金の持ち込みはご遠慮ください。

現金は、床頭台のセーフティボックスをご利用いただき、施錠後の鍵の管理は、患者さんご自身でお願い致します。

病棟でのお金、お見舞い金の預かりは行っておりません。

院内における破損・紛失・盗難については責任を負いかねます。

■ 駐車場

駐車場は裏口にございます。満車の場合は恐れ入りますが、お近くの有料駐車場をご利用くださいますようお願い致します。(自己負担)

入院中の患者さんの利用はご遠慮ください。

車で来院され入院した場合、ご家族様等にて車の移動をお願い致します。

通行の妨げになるような駐車はご遠慮下さい。

駐車スペースが少なくご迷惑をお掛け致しますが、皆様のご協力をお願い致します。

駐車場における事故等については、責任を負いかねます。

■ 病室の移動

患者さんの症状等に応じて、病棟や病室を移動していただく場合がありますのでご了承ください。

また、多床室では他の患者さんのご迷惑になるような場合は、個室(有料)に移動していただくことがありますのでご了承ください。

■ 入浴について

病棟看護師へ確認をお願い致します。入浴ができない患者さんは、体を拭くためのタオルをお持ちします。

■ 館内一斉放送について

診療上、昼夜を問わず(24時間体制)一斉放送をする場合があります。

夜間の救急呼び出しコール等につきましては、ご理解ください。

※その他病院長が必要と判断した場合は、一斉放送を致します。

6 入院中の感染予防について

病院には、病気や治療のために抵抗力が弱った患者さんが多く入院されています。

当院では、感染予防の基本である手指衛生をはじめとする感染防止対策に積極的に取り組んでおりますが、全ての患者さんの安全な療養生活のために、入院される患者さんご自身ならびにご家族やご面会の方々へもご理解とご協力をお願い致します。

■ 入院患者さんへのお願い

① 入院中は手洗いを励行しましょう。

- ・病室の入口に設置している手指消毒薬(成分:アルコール)で手を消毒しましょう。
- ・食事の前、トイレを使用した後は石鹸と流水による手洗いをしましょう。

② 感染防止対策として、すべての方にマスク着用をお願いしています。

③ 感染管理上必要と判断された場合は、病室の移動をお願いすることがあります。

正しい手の洗い方

手洗いの前に

- ・爪は短く切っておきましょう
- ・時計や指輪は外しておきましょう

①



流水でよく手をぬらした後、石けんをつけ、手のひらをよくこすります。

②



手の甲をのぼすようにこすります。

③



指先・爪の間を念入りにこすります。

④



指の間を洗います。

⑤



親指と手のひらをねじり洗いします。

⑥



手首も忘れずに洗います。

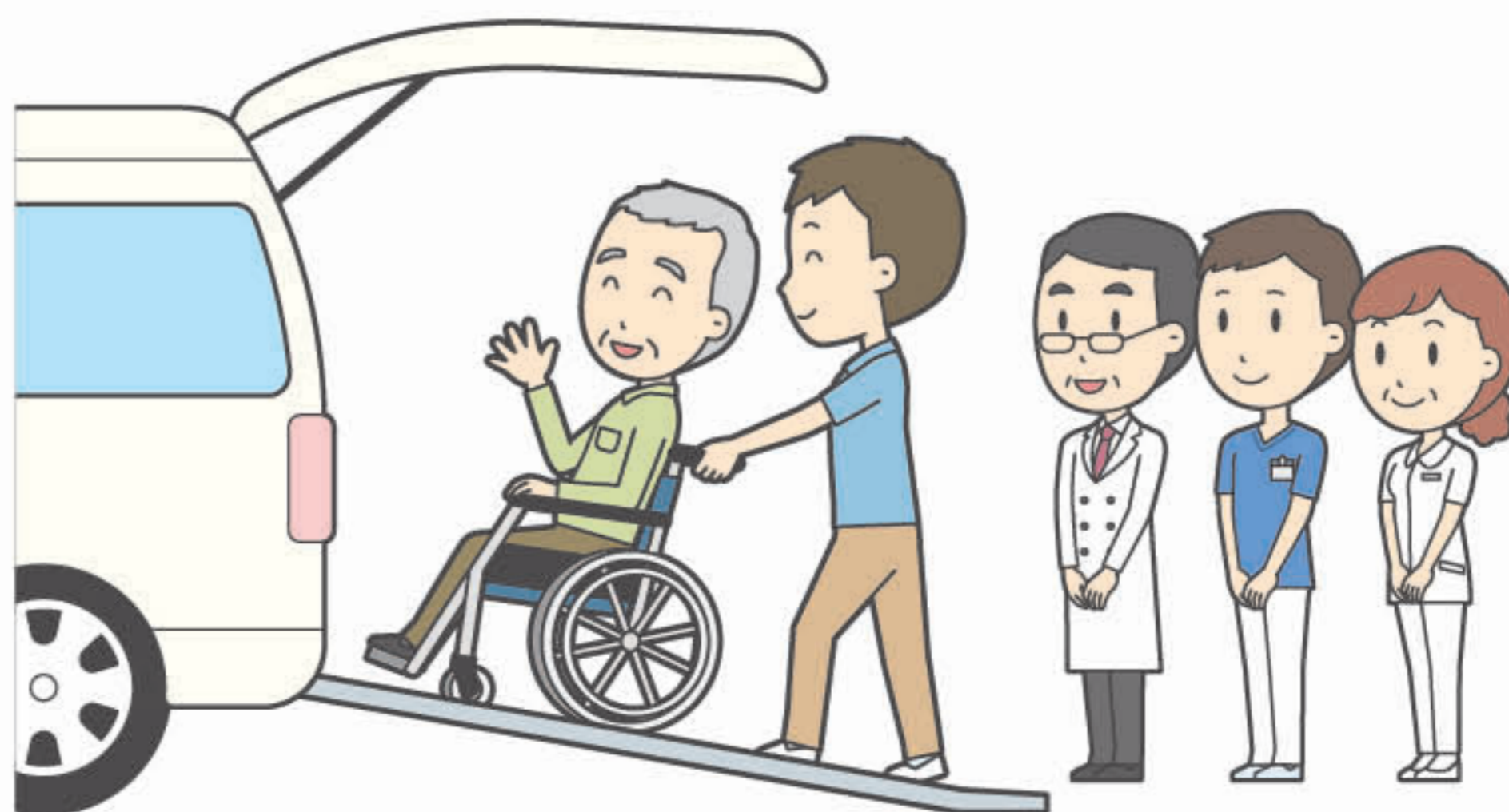
7 退院について

ご退院は医師の許可が必要です。

ご退院手続きの書類を病棟事務または看護師がご説明致します。

1階会計にてお支払い後、支払い明細書・領収書を受け取り病棟看護師に確認を依頼してください。確認後、退院証明書・お薬等をお渡し致します。

退院時間は原則として午前中にお願い致します。



8 その他

入院生活でお困りのことがございましたら、遠慮なくスタッフにご相談ください。

9 <入院患者様向け> 院内Wi-Fi利用について

当院では、2023年12月11日(月)より、ご入院中の患者様向けに無線LANインターネット接続サービスを開始しました。下記手順にてご利用ください。

無料でご利用いただけますが、本サービスの利用規約(別紙)への同意が必要となりますのでご確認ください(接続した場合は同意したとみなされます)。

また、通信環境のセキュリティ保持等のためパスワードを更新する場合がございます。更新の際は紙面等でお知らせいたしますので宜しくお願い致します。

接続方法

■ iPhone・iPadの場合

- ① 「設定」をタップします
 - ② 「Wi-Fi」をタップします
 - ③ ネットワークの中から「sskh-p」をタップします
 - ④ パスワード「hyakureha001」を入力し「接続」をタップします
- 以上でインターネットに接続できます

■ Androidの場合

- ① ドロワー等から「設定」タップします
 - ② 「ネットワークとインターネット」をタップします
 - ③ 「Wi-Fi」をタップします
 - ④ ネットワークの中から「sskh-p」をタップします
 - ⑤ パスワード「hyakureha001」を入力し「接続」をタップします
- 以上でインターネットに接続できます

■ Windows10等の場合

- ① 「ネットワークとインターネット設定」をクリックし「sskh-p」をクリックします
 - ② パスワード「hyakureha001」を入力し「次へ」をクリックします
 - ③ 「このネットワーク上の他のPCやデバイスが、このPCを検出できるようにしますか？」等の表示が出た場合は「いいえ」をクリックします
- 以上でインターネットに接続できます

右のQRコードからも接続できます→



百りハ Wi-Fi

公衆無線LANインターネット接続サービス利用規約

(目的)

第1条 この規約は、百年橋リハビリテーション病院（以下「本院」という）が整備した公衆無線LANインターネット接続環境（以下「公衆無線LAN」という）の利用に関し、必要な事項を定める。

(利用規約の改変)

第2条 本院は、必要があると認められるとき、予告なく当利用規約を改変できる。この規約の改変後に利用者が本サービスを利用した場合、利用者は改変後の規約に同意したものとみなす。

(利用)

第3条 公衆無線LANの利用を希望する者は、利用機器を自己の責任において準備しなければならない。尚、本院からの機器・ソフトウェア等の貸し出しは行わない。利用者が持込んだ機器は、利用者自身で管理すること。盗難・紛失・破損等について本院はその責めを負わない。

第4条

1. 利用者は、公衆無線LANを用いてインターネットに接続することができる。
2. 利用者は、本利用規約に同意しなければ、公衆無線LANを利用してはならない。
3. 公衆無線LANを利用した者は、この規約に同意したものとみなす。
4. 公衆無線LANの利用料金は、無料とする。
5. セキュリティ対策を端末で実施し、自己の責任で利用すること。
6. 本院は、接続方法や設定方法、機器操作など利用に関する個別サポートは行わない。
7. 利用者は、他の利用者又は第三者の迷惑にならないよう配慮しなければならない。
8. 本サービスの利用に際し、病院職員から機器等の使用を控える指示があった場合はその指示に従わなければならない。

(サービスの中断)

第5条 電気通信設備の保守又は工事上やむを得ない場合、接続事業者の電気通信事業の休止の場合、ならびに運用上重大な事象が発生した場合等、本院が必要と認める時、本院は予告なくサービスを中断することができる。

(免責等)

第6条

1. 本院は、利用者が公衆無線LANを利用して得る情報等について、その完全性、正確性、確実性、有用性等についていかなる保証も行わない。
2. 公衆無線LANの提供、遅滞、変更、中止又は廃止により、発生した利用者の不利益又は損害については、本院はその責めを負わない。
3. 利用者がインターネット上で利用した有料サービスは、当該利用者が費用を負担する。
4. 公衆無線LANへの接続に係る利用者の機器設定は、利用者自身が行うこと。この場

合において、接続する機種、OS、ソフト等により公衆無線LANを利用できない場合であっても、本院はその責めを負わない。

5. 利用者が公衆無線LANを利用したことにより、他の利用者や第三者との間に生じた紛争等について、本院は、その責めを負わない。
6. 本院は、公衆無線LANの適切な利用を図るため、利用者のアクセスログを記録し、又は特定サイトへの通信を制限することができる。
7. 記録したアクセスログについては、要請に応じ捜査機関等へ提出することがある。
8. 本院は、常に安定した接続環境と公衆無線LANにおける通信速度を保証しない。

(禁止事項)

第7条 以下の行為を禁止する。以下の行為が発覚した場合、本院は直ちに当該通信を遮断することができる。なお、利用者が禁止行為を行うことによって他者に不利益又は損害を生じさせた場合は、当該利用者の責任と費用負担で解決するものとし、本院は一切の責任を負わないものとする。

- (1) 受信者の意思に反してメール等を無差別に送信する行為
- (2) 著作権、知的財産権、プライバシー又は肖像権を侵害するファイル交換等の行為、わいせつ、児童ポルノ又は未成年者にふさわしくないもの、ならびに児童虐待にあたる画像・動画、文章等を送受信する行為
- (3) 著作権、知的財産権、プライバシー、肖像権やその他の権利を侵害する行為又は侵害するおそれのある行為
- (4) 有害なコンピュータプログラム等を扱う行為
- (5) 第三者若しくは当設備、本院の業務又は第三者による本サービスの利用に支障を与える行為
- (6) 法令に違反する行為又は公序秩序に反する行為
- (7) 大量の通信量を継続して発生させ、公衆無線LANに過大な負荷を与える行為
- (8) 第三者または本院を誹謗中傷する行為
- (9) 院内を歩行しながら携帯端末等を使用する行為
- (10) その他、本院が不相当と判断した行為
- (11) 上記ほか、第三者若しくは本院に不利益又は損害を与える行為、又は与えるおそれのある行為
- (12) 公衆無線LANの二次利用を目的とした機器を接続する行為

(利用停止と賠償)

第8条 本院は、利用者が次のいずれかに該当する場合は、事前に通告することなく直ちに当該利用者の利用を停止するとともに、被った損害の賠償を利用者に対して請求することができるものとする。

- (1) 禁止行為に該当する行為を行った場合
- (2) 本規約に違反した場合
- (3) その他利用者として本院が不適切と判断した場合

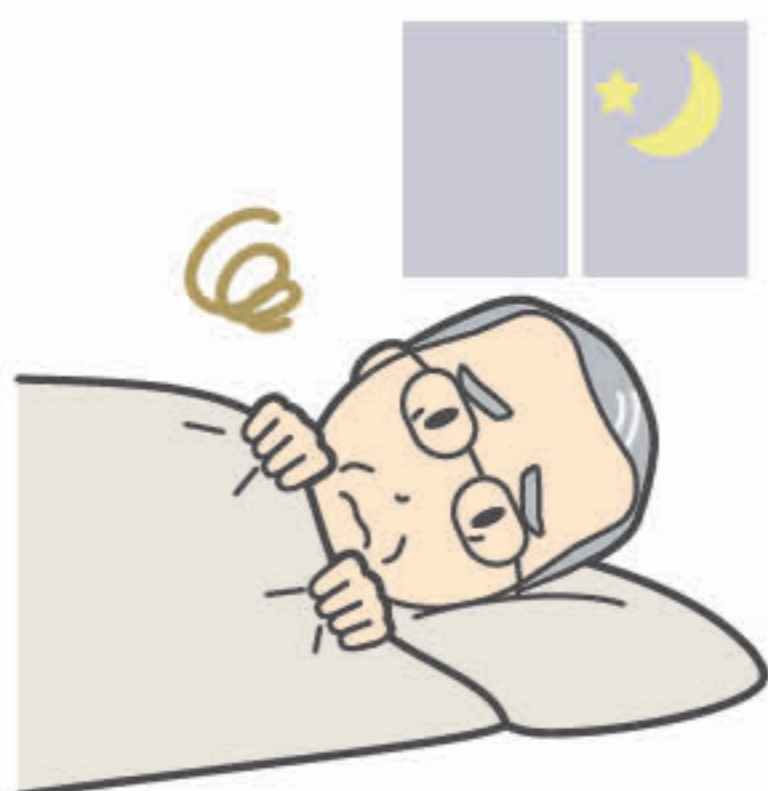
2023年12月
百年橋リハビリテーション病院

10 「せん妄」について

■ 「せん妄」という言葉をご存じですか？

病気や入院による環境の変化や手術のストレスなどの影響で、興奮したり、話す言葉やふるまいに混乱が見られる状態をいいます。

「せん妄」には以下のような症状があります



夜眠れなくなる



落ち着きがない



幻覚などが見える、
聞こえる



ボーっとする
時間や日にちがわからない



現状認識ができない
記憶があいまい



興奮する

全ての方がせん妄になるわけではありませんが、入院患者さんの10～30%にみられる症状です。このような症状をきたすと、治療上必要な点滴や体に入っているチューブを自分で抜いたり、転倒に至ったりすることがあります。

認知症とは異なり、突然発症し、個人差はありますが、一過性であることがほとんどです。また、症状を早めに予測し、早めに対応することで予防できる可能性もあります。

■ 「せん妄」になりやすい人の特徴

- 高齢の方
- お酒の量が多い方
- 認知症あるいは普段から物忘れがある方
- 以前せん妄になったことがある方
- 全身麻酔を要する手術後または予定がある方

■ 「せん妄」を予防するために

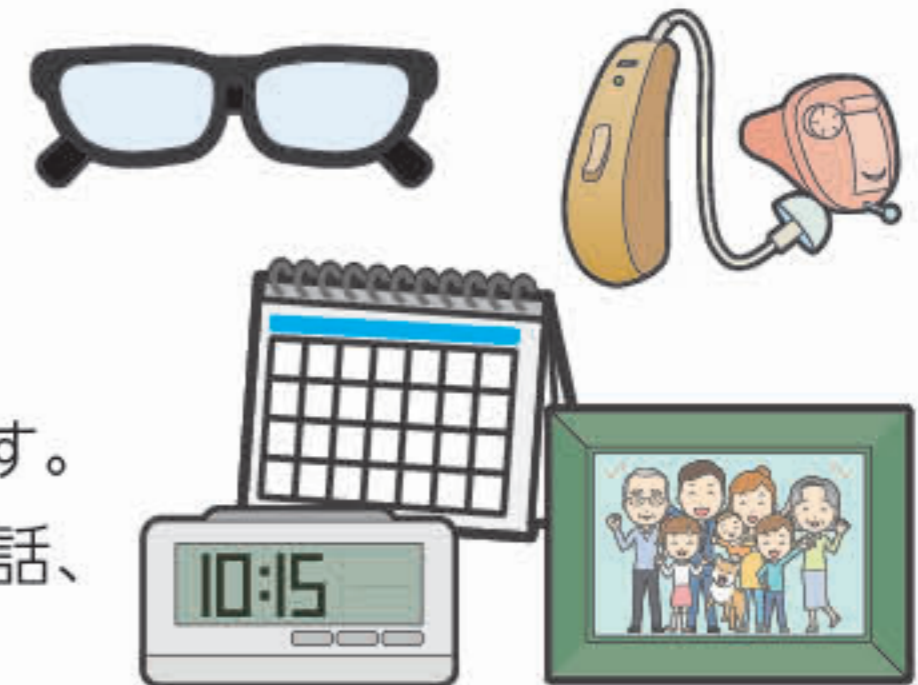
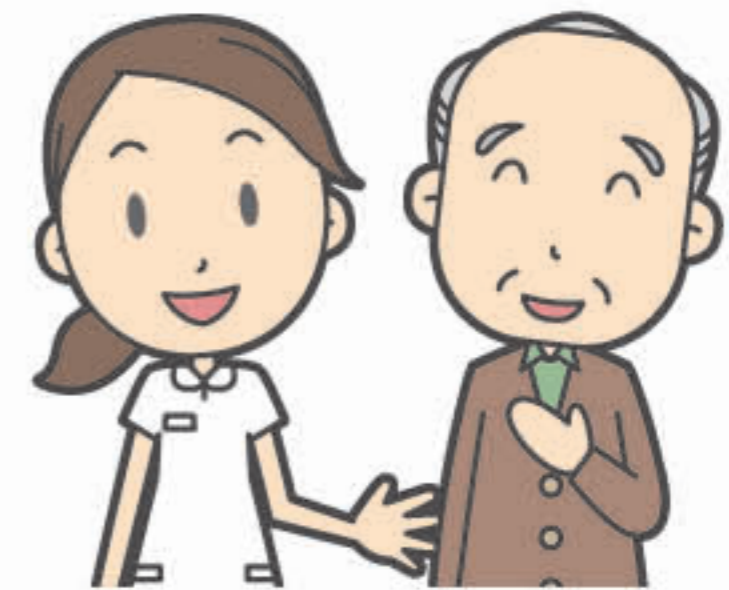
ご家庭での生活の様子や、患者さんの趣味・日課などについて、ご家族からお話をうかがい、療養環境を整えたいと思います。

不安や混乱を和らげる対策

- これまでの趣味や日課を入院生活に取り入れます。

普段から使い慣れた道具（メガネや補聴器）をご持参ください

- 時計やカレンダーを見える場所に置きます。
- なじみのあるものや好きな本、家族の写真などを置きます。
- 昼間は部屋を明るくし、適度な刺激（テレビ、ラジオ、会話、散歩など）を取り入れます。



痛み、便秘、眠れない などの不快な症状を取り除くことが重要です。
我慢せずに、早めにご相談ください。



■ 「せん妄」が起きたときは…

- 原因となっている問題を取り除きます。
- 脳の機能の乱れを改善するお薬を使用します。
- 安心できる環境調整を行います。

ご家族の声を聞くことやサポートが非常に有効です。ご協力を依頼することもありますので、よろしくお願ひ致します。



※わからないこと、お困りのことはお気軽に主治医や看護師までご相談ください。

11 医療安全対策について

当院では、患者さんが安心して医療を受けられるように病院全体で安全管理に取り組んでおります。

医療安全の実現には患者さんと病院職員が共に取り組むことが不可欠です。
ご理解の上ご協力をお願い致します。

■ 患者誤認防止について

名字だけではなく**フルネーム**で確認させていただきます。

同姓の方がたくさんいらっしゃいます。

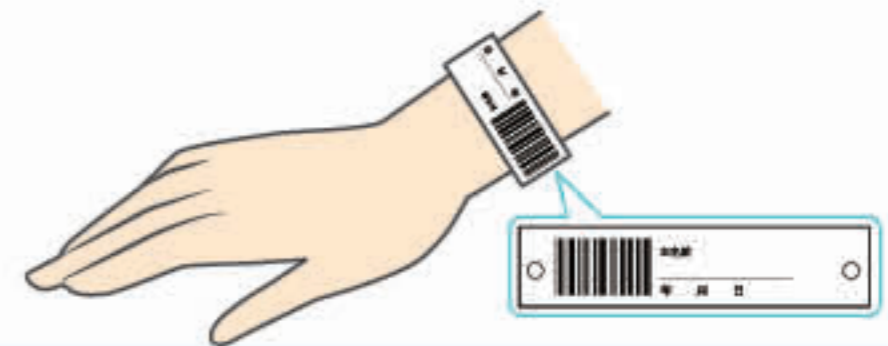
患者さんを間違えないために名字と名前で確認します。

患者さんに**お名前を名乗って**いただきます。

聞き間違いを防ぐため、患者さんに名乗って頂いて確認させていただくようにしています。

個人識別用**リストバンド**を着用していただきます。

注射などの処置を行う時だけではなく、検査や手術などで病院職員が患者さんを確認する時に使います。



■ 転倒・転落防止について

今まで住み慣れたご自宅の生活環境や習慣と大きく異なり、“いつもの生活”が少しずつ変わってきます。

- 病院の環境はベッド生活です。病院の床は畳やカーペット、フローリングに比べてとても硬いです。転んだり、ベッドから転落すると、思った以上に痛く、中には骨折される患者さんもいらっしゃいます。ベッドの上に立ったり、ベッドの柵を外したりされないでください。
- 入院生活中は療養のため活動量が低下します。身体を動かした時にふらついたり、思ったように身体が動かなかったり、いつもできていた動作ができなかつたりすることがあります。
- 転倒・転落は誰にでも起こる可能性があります。転倒・転落により骨折してしまい退院が延びてしまう可能性もあります。



- 履物が原因で転倒される方もいます。普段から履き慣れた物、足に合った物、靴タイプが安全です。



- 転落防止のため病室の窓はストッパーを設置し開放制限をさせて頂いています。
- 転倒・転落によって生じた骨折等の外傷に対して治療を行う場合、明らかな当院の過失によって生じた場合以外は、保険診療として行います。

■ 災害発生時の対応

万一、入院中に火災や災害が発生し非難する必要が生じた場合は、靴を履き、誘導する職員の指示に従ってください。
また、館内放送をよく聞いてください。

！ 避難時の注意事項

- エレベーターは使用しないでください。
- 落ち着いて行動し、単独行動はしないでください。
- 煙がある場合は、タオル等で鼻・口をふさぎ、低い姿勢で避難してください。
- 避難の途中で忘れ物に気付いても引き返さないでください。
- 階段では「将棋倒し」が発生しないよう特に注意してください。

職員の指示に従って行動してください。

12 採血を受ける方へ

■ 採血について

採血は病気の診断や病状の把握を行う検査のため、血液を採取する医療行為です。

多少の痛みを伴いますが、極めて安全性の高い手技です。

しかし、**まれに合併症が起きる**ことがあります。必要性和危険性をご理解いただき、採血を受けていただきますようお願いいたします。

以下の合併症が起きた場合には、最善の処置を行います。

診察を要した場合にかかる医療費は通常の**保険診療**となりますので、ご了承ください。

■ 採血を受ける前に

● ご本人確認

「採血取り間違い防止」のため、ご自身の**お名前**、**生年月日**を確認させていただきます。

● 下記に該当する方は採血前にお申し出ください

- ・採血や注射の際に気分が悪くなったことがある方
- ・アルコールに対するアレルギーをお持ちの方
- ・ワーファリンなど、血液をサラサラにする薬を利用されている方
- ・腕や胸の手術をしたことがある方(透析シャント、人工血管、乳がんなど)

■ 採血に伴う合併症について

● 止血困難・皮下出血

採血をした血管から血液が漏れ出し、皮下あるいは体外に過剰な出血が起きることをいいます。

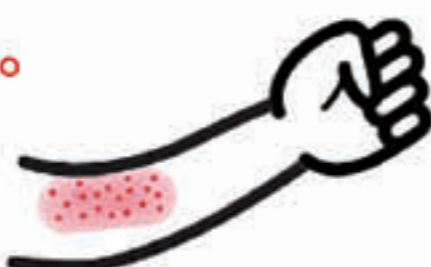
採血後の不十分な止血操作などが主な原因です。採血後は、**5分程度**親指でしっかり圧迫してください。



● アレルギー

採血時の消毒薬やスタッフの手袋でかゆみ、発疹をはじめとするアレルギー症状が出現することがあります。

アルコールに対するアレルギーのある方は事前にお申し出ください。



● 神経損傷

採血後も手指へ広がる痛み、しびれなどが持続することがあります。約1万～10万回の採血に1回程度起こるとされています。

針を刺したときに**手指への強い痛みやしびれが出た場合は、すぐにお申し出ください。**



● 血管迷走神経反応

採血時や採血前後に、神経が興奮し急激に血圧が下がることで、めまい、**気分不良**、**意識消失**などを引き起こすことがあります。心理的に緊張や不安が強いと起こりやすいとされています。

しばらく休んでいれば治ります。



採血により、体調に変化があった場合や不安なことがある場合は、主治医にご相談ください

13 プライバシー保護について

当院におきましては、患者さんの容態急変、緊急事態で起こり得る安全上の問題を検討した結果、患者さんのお名前等のお取り扱いについて下記の方針を掲げております。

- ① 入院病室、ベッドサイド、薬剤ラベル、検査の為の検体、患者さん固有の物品には必要に応じて患者さんの名前を表示致します。
- ② 患者さんのお呼び出し、呼びかけを必要に応じてお名前でご致します。
(検査等で他の部署にお連れした場合も同様です)
- ③ 外部から患者さんへのお電話に対しては、診療に支障がある場合、お取次ぎできない事があります。

プライバシー保護についてご意見、ご希望がございましたらご遠慮なく1階受付までお申し出ください。



14 各種相談のご案内

下記のご相談をお受け致しております。ご遠慮なく下記窓口までお申し出ください。

■ 患者相談窓口（1階相談室）

当院では、患者さんとその家族が安心して治療に専念できるよう、入院中の医療上の心配や生活上の問題、退院後の生活に関すること等様々なご相談をお受けする相談窓口を設置しております。相談内容に応じて各担当者が対応させていただきます。患者さんやご家族が安心して安全な医療を受けられるために、特に医療安全に関するご相談についてなども承っております。

どうぞお気軽にお声掛けください。ご不満がある際にもご相談いただければ担当部署のご案内や調整をいたします。

① 病気や療養上の不安・治療の相談

② 入退院・転院についての相談

③ 介護や介護保険の相談

④ 在宅医療・訪問看護の相談

⑤ 医療費に関する相談

⑥ 医療安全・感染に関する相談

⑦ その他当院に関する不満等

■ ご意見箱について

1階受付カウンター横、2階、3階フロアにご意見箱を設置しております。ご要望等ございましたら用紙にご記入の上ご投函ください。（用紙に記載してあるQRコードからもご投稿いただけます）

■ 栄養相談

管理栄養士が食事療法の必要な患者さん、家族を対象に、食事の相談に応じております。お気軽に主治医、看護師にお尋ねください。

■ 薬に関する相談

希望される場合は、主治医、看護師にご相談ください。

入院中に他医療機関へ受診される方（定期薬をもらいに行く場合等）は、必ず病棟へお知らせください。

15 入院費請求について

■ 入院費の請求

毎月1日～月末の期間を翌月15日前後にご請求致します。

請求書は事務担当者よりお渡し致します。

患者さんご自身が対応困難な場合は、スタッフまでお申し出ください。

請求書のお渡し (ご本人 ・ ご家族)

お渡し方法 (窓口 ・ 郵送)

※窓口ご希望の場合は、毎月15日以降に1階受付にお声掛けください。

お支払方法 (窓口 ・ 振込)

※振込手数料は振込人ご負担でお願いします。

退院時は上記期間に限らず退院当日にご請求致します。

※毎月、保険証のご提示をお願いします。

■ お支払いについて

診療費のお支払いは1階会計窓口にてお願い致します。

対応時間 月曜～金曜 9:00～16:30 土曜 9:00～12:00

請求日より7日以内に1階会計にて保険証ご持参の上お支払いをお願い致します。

但し、退院の際は当日までの請求書を発行致しますのでお支払いの上ご退院頂きます。

お支払いが無い場合は、連帯保証人に請求を行うことがあります。

現金もしくはクレジットカード等 (Master、VISA、JCB、アメリカンエクスプレス、Diners、DISCOVER、MUFG、DC、UFJ、NICOS) でお願い致します。

入院日および退院日の入院料は、入院・退院時間にかかわらず1日分となります。

高額療養制度による償還方法については、市区町村または勤務先でご相談ください。

■ 食事の負担額について (この負担額は高額療養費制度の対象にはなりません。)

入院中の食事についてご負担いただく金額は次のとおりです。

● 保険適用の場合 1食につき 490円

ただし、次に該当する場合はそれぞれ以下の金額に減額されます ※1

① 市町村民税非課税世帯に属する方などで、標準負担額の減額認定を受けている場合	1食 230円
② ①かつ、過去1年間の入院日数が90日を超えている場合	1食 180円
③ 市町村民税非課税世帯に属する方などで、老齢福祉年金を受給している場合	1食 110円※2

※1 「限度額適用・標準負担額減額認定証」、「標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、ご提示ください。

※2 地域包括ケア病棟入院の方・対象外での回復期リハビリテーション病棟入院の方は1食140円

● 65歳以上の方へ

平成29年10月から厚生労働省の医療療養病床に入院される方は、医療と介護の負担の公平化を図る観点から、入院時生活療養費うち居住費をご負担いただいております。

区分			生活療養標準負担額	
			1食当たりの食事代	1日当たりの居住費
市民税課税世帯	現役並み所得者、一般	入院時生活療養1	490円	370円
市民税非課税世帯 ※1	低所得者2		230円	
	低所得者1 ※2		110円 ※3	

※1 世帯主(世帯主が国保でない場合を含む)および国保に加入している人全員が市民税非課税である世帯

※2 世帯主(世帯主が国保でない場合を含む)および国保に加入している人全員が所得金額0円(ただし年金を受給している人は年金収入80万円以下)である世帯

※3 地域包括ケア病棟入院の方・対象外での回復期リハビリテーション病棟入院の方は1食140円

● 自費の場合 1食につき 670円 (消費税が加算される場合があります。)

※特別食の場合1食につき76円の加算があります。

- 食事の停止希望は、右記の締切時間までに医師または看護師にお申し出ください。締切時間後の食事停止依頼は、食事代の支払いが生じますのでご注意ください。

食事時間		食事停止依頼の締め切り時間
朝食	8:00頃	前日 10:30 まで
昼食	12:00頃	
夕食	18:00頃	

退院時間が決定しましたらスタッフステーションまで退院時刻といつまでお食事を摂られるかご連絡ください。

■ 診断書等の発行について

診断書の発行申し込みについては、1階受付へお申し出下さい。

料金は書類により異なりますので、ご確認の上申し込みをお願い致します。書類のお渡しには7～10日間ほどを要しますのであらかじめご了承ください。

■ 差し入れについて

生もの、生花のお持込はご遠慮ください。

また、飲食物の差し入れは主治医の確認が必要になりますのでご相談ください。

16 室料について

個室をご希望される場合はお申し出ください。

尚、個室の空きがない場合は、ご希望に添えない事もありますのでご了承ください。

利用される場合は1暦日につき、下記の料金を徴収させて頂いております。

※1泊2日は2日間、2泊3日は3日間の個室料金を請求致します。

● 個室料金一覧

	特別個室 (¥15,000-)	個室 (¥10,000-)	特別4床室 (¥2,000-)
2階	201号室	202号室 203号室 216号室 217号室	206号室 207号室
3階	301号室	302号室 303号室 316号室 317号室	306号室 307号室

※上記の室料は税込価格となります。

※室料にはテレビ・冷蔵庫使用料が含まれます。

● テレビ、冷蔵庫の使用について

ベッドサイドのテレビ、冷蔵庫については有料でのご利用となっております。

テレビ、冷蔵庫セット使用料	300円/日(税込)
---------------	------------

※1泊2日は2日間、2泊3日は3日間の使用料を請求致します。

17 選定療養によるリハビリテーションのご案内

当院では、制限回数（保険適用の期間・回数）を超えたリハビリテーションを希望される患者さまに、「選定療養によるリハビリテーション」を行っています。

選定療養によるリハビリテーションとは、疾患別リハビリテーションの保険適用期間・回数を超えてリハビリテーションを希望される場合に行う実費負担でのリハビリテーションのことです。選定療養によるリハビリテーションは保険給付との併用が認められています。

- 脳血管リハビリテーション 2,450円/1単位(20分)
- 運動器リハビリテーション 1,750円/1単位(20分)

詳細や適用疾患等につきましては担当セラピストまでお尋ねください。

限度額適用認定証について

70歳未満の方へ

この年齢層の方を
対象にしています。

70歳未満



健康保険に加入されている70歳未満の方は、入院するときや高額な外来診療を受けるとき、保険証と併せて「限度額適用認定証」を医療機関へ提示することにより、窓口でのお支払い金額が1か月あたり自己負担限度額までとなります。自己負担限度額については、下記を参考にしてください。(食事代・差額室料、自由診療などは対象外)

● 自己負担限度額(月額)

適用区分	1か月当たりの医療費の自己負担限度額(当月を含む過去12か月以内)		入院時 1食あたりの 食事代
	3回目まで	4回目以降	
ア	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円	490円
イ	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円	490円
ウ	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円	490円
エ	57,600円	44,400円	490円
オ	35,400円	24,600円	230円 90日超の入院は 申請により180円

※総医療費とは10割負担した場合の金額です。

※非課税世帯・難病患者・小児慢性特定疾病患者は食事代は据置。

※自己負担限度額は、**1か月(各月の1日から末日まで)**の金額です。**入院と外来は別計算となりますのでご注意ください。**

※差額室料や食事代等は自己負担限度額に含まれません。

※月をさかのぼっての申請はできませんのでご注意ください。

● 自己負担限度額の計算に係る注意点

① 暦月ごとの計算(月の1日~月末まで)

② 同じ医療機関ごとの計算

③ 同じ医療機関でも内科と歯科は別計算

④ 同じ医療機関でも入院、外来は別計算

⑤ 入院したときの食事代や差額室料、歯科の自由診療など、保険診療の対象とならないものは対象外

※同じ世帯に70歳以上の方がいる場合は、世帯単位で合算して自己負担限度額を超えた分が後の申請により国保から払戻しされます。

お手続きの
ご相談は

- 国民健康保険の方は
- 社会保険の方は
- 共済・組合保険の方は

市区町村窓口

全国健康保険協会

担当窓口



※「限度額適用認定証」は入院受付時と、月1回保険証と同様に提示をお願いします。

限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証について

70歳～74歳の方・後期高儲者医療制度に加入の方へ

この年齢層の方を
対象にしています。
70歳以上
※65歳以上の一部
の方を含む



現役並み所得者（保険負担割合：3割）の一部の方は、「限度額適用認定証」を保険者へ申請し、医療機関へ提示することにより、窓口でのお支払い金額が1か月あたり自己負担限度額までとなります（**□枠**）。また、住民税の世帯構成員全員が住民税非課税の世帯の方は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を保険者へ申請し、医療機関へ提示することにより、窓口でのお支払い金額が1か月あたり自己負担限度額までとなります（**□枠**）。自己負担限度額については、下記を参考にしてください。（食事代・差額室料、自由診療などは対象外）

● 「限度額適用認定証」、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の自己負担限度額（月額）

負担区分	適用区分	1か月当たりの医療費の自己負担限度額（当月を含む過去12か月以内）		入院時 1食あたりの 食事代
		3回目まで	4回目以降	
★ 現役並 所得者	Ⅲ	$252,600円 + (総医療費 - 842,000円) \times 1\%$	140,100円	490円
	Ⅱ	$167,400円 + (総医療費 - 558,000円) \times 1\%$	93,000円	490円
	Ⅰ	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$	44,400円	490円
一般		57,600円	44,400円	490円
低所得者Ⅱ	区分Ⅱ	24,600円	24,600円	230円 90日超の入院は 申請により180円
低所得者Ⅰ	区分Ⅰ	15,000円	15,000円	110円

★限度額適用認定証の申請がない場合は、Ⅲでの計算となります。ⅡまたはⅠに該当する場合、支払い後に保険者からの還付を受けることができます。

※総医療費とは10割負担した場合の金額です。 ※非課税世帯・難病患者・小児慢性特定疾病患者は食事代は据置。

※自己負担限度額は、1か月（各月の1日から末日まで）の金額です。入院と外来は別計算となりますのでご注意ください。

※差額室料や食事代等は自己負担限度額に含まれません。 ※月をさかのぼっての申請はできませんのでご注意ください。

※地域包括ケア病棟入院の方・対象外での回復期リハビリテーション病棟入院の方は1食140円

● 自己負担限度額の計算に係る注意点

① 暦月ごとの計算（月の1日～月末まで）

② 同じ医療機関ごとの計算

③ 同じ医療機関でも内科と歯科は別計算

④ 同じ医療機関でも入院、外来は別計算

⑤ 入院したときの食事代や差額室料、歯科の自由診療など、保険診療の対象とならないものは対象外

お手続きのご相談は

● 各市区町村の健康保険課窓口・
加入保険者にお問い合わせください



※「限度額適用認定証」、「限度額適用・標準負担額減額認定証」は入院受付時と、月1回保険証と同様に提示をお願いします。

文 書 料

一般診断書・休業診断書・通院証明	¥3,300
診断書 (生命保険会社等)	¥5,500
おむつ使用証明書	¥550
死亡診断書	¥4,400
(2通目 コピーに原本証明)	¥1,100

特殊診断書

障害福祉年金用・身体障害者肢体不自由者用	¥5,500
猟銃空気銃所持許可用・麻薬免許	¥3,300
その他の診断書	¥3,300~

保険給付に関する文書料

第三者行為障害診断書	¥5,500
裁判所・検察庁・警察署より照会による回答	
自賠診断書・自賠明細書	各¥5,500

その他

死後処置料	¥5,500
死体検案料	¥17,600
検案死体処置料	¥5,500

※上記金額は税込み価格となります。

入院前の体調チェックシート

この用紙は入院当日に受付へお出しください。

入院前日に、以下の項目にチェックをお願いします。

1つでも「はい」がある場合は来院される前に下記までご連絡ください。

連絡先:百年橋リハビリテーション病院 ☎ 092-534-0177 (代)

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 _____

■ 入院される患者さんの体調について (7日以内の症状)

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ① 発熱がある (_____ °C) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 咳・鼻水・のどの痛みなどの風邪症状がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 息苦しさがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ 味がしない・臭いがしない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 2週間以内に新型コロナ患者発生地域へ出かけた | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ 2週間以内に海外から帰ってきた | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

■ 当院以外の医療・介護施設の利用について

入院される患者さんが利用している場合 施設名 (_____)

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ① 利用施設に新型コロナ陽性者や濃厚接触者がいる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 利用施設に発熱や風邪症状のある人が複数いる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

■ 同居者や最近会った人について

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ① 同居者に新型コロナ陽性者や濃厚接触者がいる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 同居者に発熱や風邪症状のある人がいる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 2週間以内に新型コロナ陽性者や濃厚接触者と会った | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ 2週間以内に発熱や風邪症状のある人と会った | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

入院時間診票

この問診票は、患者様の状況を知ること、入院中の診療や看護に役立てることを目的としています。入院前にご記入頂き、入院される病棟の看護師にお渡しください。
ご不明な点がございましたら、病棟看護師にお尋ねください。ご協力お願い致します。
※これらの情報はこの目的以外には使用しません。

1 ふりがな 名前

職業

2 緊急連絡先 (24時間可能な連絡先 最低2カ所)

※時間帯で連絡先の指定がある方は「時間帯」にご記入ください。

① 氏名 続柄 電話番号 同居/別居

(時間帯) 連絡先 電話番号

② 氏名 続柄 電話番号 同居/別居

(時間帯) 連絡先 電話番号

③ 氏名 続柄 電話番号 同居/別居

(時間帯) 連絡先 電話番号

3 入院・治療の説明を受ける主な家族

氏名 続柄

4 家族構成について

① ご両親は健在ですか 亡くなられている場合、病名がわかれば教えてください

・父 (はい いいえ) () 歳 病名 心疾患 脳血管障害 がん その他

・母 (はい いいえ) () 歳 病名 心疾患 脳血管障害 がん その他

※以下の②～④で「あり」の方は例のように [] 内にご記入ください

② 兄弟 あり (例: 兄、自分、妹) なし

[]

③ 子供 あり (例: 長女(25歳)、長男(16歳)) なし

[]

④ 同居されている方 あり (例: 妻、長女、長男) なし

[]

⑤ 以前または現在のお仕事と内容を教えてください (職種 内容) なし

**5 今回のご入院にあたり、いつからどのような症状がありましたか
簡単にご記入ください**

[]

6 食べ物・薬剤などのアレルギーはありますか

- 食べ物 あり() なし
- 薬 剤 あり() なし
- 造影剤 あり なし 不明
- その他 ()

7 最後にワクチンを受けたのはいつですか

- コロナウイルス(回目 年 月 日)
- インフルエンザウイルス(年 月 日)
- 肺炎球菌(年 月 日)

8 ケガや病気で通院や入院をしたことがありますか

- あり<例:14歳虫垂炎で手術〇〇病院、56歳 高血圧で〇〇病院通院中> なし
- (歳) (歳)
- (歳) (歳)

9 今回の入院についてお尋ねします

- ① 医師から病名、治療についてどのように説明を受けていますか

[]

- ② 説明が行われた日(月 日) 同席された方のお名前()

- ③ 病気や入院に対して、理解されましたか

はい いいえ(理由:)

- ④ 入院・治療に不安なことや困ることはありますか

はい(具体的にお書きください) いいえ

[]

10 お薬についてお尋ねします

- ① 自分が何の薬を飲んでいるか理解されていますか はい いいえ

- ② 薬の管理についてお尋ねします

自分で理解できている(飲み忘れがない)

自分で管理しているが時々飲み忘れることがある

家族に管理してもらっている 名前/続柄(_____ / _____)

③市販薬を飲んでいますか はい いいえ

(薬剤名: _____)

11 生活習慣についてお尋ねします

①身長(_____)cm 体重(_____)kg

ここ3ヶ月以内で体重の変化はありましたか はい いいえ

3ヶ月前の体重(_____)kg

②たばこ 吸わない 吸う(_____ 歳から 1日/ _____ 本)

以前吸っていた(_____ 歳から _____ 歳まで 1日/ _____ 本)

③お酒 飲まない 飲む 1週間に(_____)回 つきあい程度

種類/量 ビール: _____ ml/日 日本酒: _____ ml/日 焼酎: _____ ml/日

その他(_____)

④食事について

•入れ歯の装着 あり(上歯 下歯 部分 _____) なし

•食べ物を飲み込む際にむせることがありますか あり なし 時々ある

•水分制限 できる できない

•とろみ あり なし

•口からの摂取 できる できない

•食事形態 キザミ 流動 普通

⑤排泄について

•便の回数(_____)回/日 •最終排便(_____ / _____)

•便失禁 あり なし •オムツ あり なし

•下剤の服用 あり(薬剤名: _____) なし

•人工肛門 あり(自己管理 家族管理 その他) なし

•尿の回数(_____)回/日 •夜間の尿の回数(_____)回/日

•排尿に伴う問題 あり なし

残尿感 尿漏れ 尿失禁 尿閉 多尿

•尿路ストーマ あり(自己管理 家族管理 その他) なし

⑥活動/休憩について

•睡眠時間(_____)時間 •熟睡感 あり なし •不眠 あり なし

•睡眠薬の使用 あり(薬剤名: _____) なし

•運動障害 あり なし

- 拘縮 あり 部位() なし
- 障害部位 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢
- 補助具の使用 杖 歩行器 車椅子 その他()
- 1か月以内の転倒 あり なし

⑦ 認知/知覚について

- 認知症や物忘れ あり なし
- 痛み あり 部位() なし
- 痺れや麻痺 あり 部位() なし
- 失語 あり なし
- 構音障害 あり なし
- 視覚障害 あり 右 左 両方(眼鏡 コンタクト) なし
- 聴覚障害 あり 右 左 両方(補聴器) なし
- 体に埋め込まれているものがありますか
あり (皮下埋め込みポート 心臓ペースメーカー) なし

⑫ 日常生活動作についてお尋ねします

自立: すべての動作を一人でできる

一部介助: ある程度は一人でできるが部分的に介助を要する(見守りを含む)

全介助: 一人でできない/すべての動作において介助を要する

- | | | | |
|---------|-----------------------------|---|----------------------------------|
| ① 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| ② 移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助(軽度の介助で可能)
<input type="checkbox"/> 一部介助(高度の介助) | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| ③ 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| ④ トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助(多少の介助は要するが大体自分でできる) | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| ⑤ 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| ⑥ 平地歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助(一人介助で歩く)
<input type="checkbox"/> 一部介助(車椅子で自立) | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| ⑦ 階段 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| ⑧ 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| ⑨ 排便管理 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助(時々失敗) | <input type="checkbox"/> 全介助(失禁) |
| ⑩ 排尿管理 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助(時々失敗) | <input type="checkbox"/> 全介助(失禁) |

13 地域医療連携についてお尋ねします

① 「百年橋リハビリテーション病院」以外にかかりつけ医(医院・病院)がありますか

あり なし

医療機関名() そこでの処方 あり なし

医療機関名() そこでの処方 あり なし

※お薬がある場合はお薬手帳とお薬全てご持参ください

② 介護保険 あり なし 申請中

介護区分 要支援() 要介護()

③ 障害者手帳 あり 手帳の種類:()級 なし

④ 主な介護者 名前()

・関係 配偶者 子供 母親 父親 兄弟 友人 その他

・介護負担 あり なし ・介護者を支える人 あり なし

その他のサポート状況()

⑤ 現在受けているサービス あり なし

⑥ 住宅環境について

・居住 一軒家 マンション・アパート(階) エレベーターありなし

・主な居住スペース 1階 2階以上

・自宅の手すり あり なし

・寝具 布団 ベッド

※「あり」の方は下記に当てはまるものにチェックをお願いします

医師による訪問診療(回/月 医院名:)

訪問看護 (回/月 事業所名:)

介護ヘルパー (回/月 事業所名:)

訪問リハビリ(回/週) デイサービス(回/週)

デイケア(回/週) ショートステイ(回/月)

配食サービス(回/週)

ケアマネージャー(氏名) (電話番号)

居宅支援事業所()

14 ご自分の性格についてどう思われますか

[]

15 宗教について

- ① 宗教に関する配慮の必要性 あり なし
- ② 信仰による治療上の制限 あり (内容: _____) なし

16 ご家族の方にお尋ねします

- ① 認知機能で気になることがありますか あり なし

- ② 「あり」の方は記入例を参考に具体的にご記入ください

記入例)「最近怒りっぽくなった」「最近物忘れがひどくなった」等

[]

- ③ ご家族は病状をどのように捉えていますか

[]

17 その他

入院中に心配ごとや配慮してほしいことがありましたらご記入ください

[]

ご記入ありがとうございました。
令和5年度改訂

入院申し込み兼入院誓約書

貴院への入院に際し、貴院の諸規則を厳守し、療養上の指示に従い、貴院に対して一切の迷惑をおかけしないことを身元引受人及び連帯保証人ともども誓約致します。

- 治療方針を了承した後は、治療に専念します。
- 病院側が下記事項を判断した場合、退院を含め指示に従います。
 - 医師より当院での入院治療が完了したと判断した場合。
 - 病院職員又は他の患者さんに対し、暴言・暴力・脅迫・威嚇・わいせつ行為・ストーカー行為・セクハラ行為・器物破損行為等の迷惑行為、もしくは類似する行為を行ったと判断された場合。
 - 敷地内での喫煙・飲酒などの病院の諸規則を守れず、病院職員の指示に従わないと判断された場合。
 - 療養上不必要と判断されるような危険な物を持ち込んだ場合。
 - 携帯電話やデジタルカメラ等による写真・動画撮影、インターネットへのアップを行った場合。
- 入院病床管理上、部屋の移動が必要と判断された場合は病院の指示に従います。
- 病院が必要と判断した場合、警察に対応を依頼することがあっても異議申し立てしません。
- 入院費用の支払いは期日以内に支払います。
- 支払いを怠った際には病院側の下記対応について了承します。
 - 連帯保証人への請求。
 - 正当な理由なく入金がない場合、督促業務に係わる諸費用等の遅延損害金を請求。
 - 病院側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。

患者氏名		
住所 〒		電話番号

身元引受及び連帯保証人(原則として別世帯)

氏名	患者との続柄()
現住所 〒	電話番号
※極度額 50万円/ひと月あたり(連帯保証人が支払いの責務を負う金額)	

※極度額とは、民法改正により連帯保証人が支払う限度額をあらかじめ示したものです。未納の際に請求することがあります。

入院費クレジットカード決済誓約書	
私は、この度の入院支払いに関し、クレジットカードで決済することを約束します。	
署名	続柄

※クレジットで支払う場合は、連帯保証人を省略することができます。

入院についての自己申告書

※入院について正しく申告されませんと、後日入院費の一部が自己負担になる場合がありますので必ずご記入ください。

◎貴方は、この三ヶ月以内に病院（保険医療機関）に入院していたことがありますか？

は い いいえ

「はい」とお答えの方は次の質問にお答えください。

尚、前回入院していた病院の発行した「退院証明書」をお持ちの方は、入院病棟担当事務若しくは、1階受付窓口にご提出いただければ以下の 1・2・3の記入の必要はありません

1. 前回入院していた病院名

2. 入院していた期間

年 月 日 ~ 年 月 日

3. 入院となった主な病気

以上、申告致します。

年 月 日

患者氏名



差額室料自己負担同意書

様

※室料は1暦日の料金です。(2泊すれば3日分の料金となります。)

※患者本人が同意書の記入が出来ない場合は、ご家族または代理の方がご記入をお願いします。

※万が一、患者さまの過失により、備品等の破損が発生した場合には、弁償して頂く事がありますので、何卒ご了承ください。

記

病室	病室番号	開始日	終了日	一日使用料金
特別4床室		年 月 日	年 月 日	¥ 2,000 (税込)
個室		年 月 日	年 月 日	¥ 10,000 (税込)
特別個室		年 月 日	年 月 日	¥ 15,000 (税込)

(確認者サイン)

上記の説明を受け、充分理解し同意して頂けましたら下記にご署名ください。

私は、病院より差額室料の説明を受け、その内容について理解しましたので、室料を自己負担として、遅滞なくお支払いすることに同意致します。

百年橋リハビリテーション病院院長 宛

年 月 日

患者氏名(自署) _____

代理人氏名(自署) _____

(患者との続柄: _____)

テレビ・冷蔵庫セット利用説明同意書

様

- 当院では、「テレビ・冷蔵庫」の利用については1日単位の料金を徴収するシステムとなっております。利用料金は入院費と同時にご請求致します。
- NHK・民放テレビ放送の視聴が可能です。(※BS放送は視聴できません)
- 一度申し込まれますと原則退院時まで適用致します。
変更は受付けておりませんが、やむを得ない場合に限り、1回のみ変更を受付けます。
- 個室以外では、イヤホンのご利用をお願い致します。
(お持ちのイヤホンの利用が可能です。)
- 消灯時間帯(21:00～翌6:00)のテレビのご利用はご遠慮下さい。
- 患者本人が同意書の記入が出来ない場合は、ご家族または代理人の方がご記入をお願いします。

※万が一、患者さまの過失により、備品等の破損が発生した場合には、弁償して頂く事がありますので、何卒ご了承ください。

【利用します・利用しません】のいずれかに丸を付けて下さい

「テレビ・冷蔵庫セット」 1日料金 300円(税込)

私は「テレビ・冷蔵庫セット」を	<input type="checkbox"/> 利用します
	<input type="checkbox"/> 利用しません

— 病院記載欄 —

(確認者サイン)

開始日 年 月 日 _____

(確認者サイン)

終了日 年 月 日 _____

上記の説明を受け、充分理解し同意して頂けましたら下記にご署名ください。

私は、上記説明を受けた上で、「テレビ・冷蔵庫」利用申込書を提出の上、利用料金を遅滞なくお支払いすることに同意致します。

百年橋リハビリテーション病院院長 宛

年 月 日

患者氏名(自署) _____

代理人氏名(自署) _____

(患者との続柄: _____)

個人情報保護法に伴う、入院患者同意項目

当てはまる方に○をつけてください。

		よい	望まない
1	病室入り口のお名前は提示してもよろしいですか？		
2	ベッド枕元の患者様のお名前は提示してもよろしいですか？		
3	検査等の呼び出し時、お名前でも呼んでもよろしいですか？		
4	入院確認の問い合わせに対し、入院の有無をお知らせしてよろしいですか？ ※限定した方に案内しないでほしいなどの個別対応はできません。		
5	医師の指示の基、病状説明や、療養に関してご家族への連絡が必要な場合入院時お伺いした連絡先に連絡を入れてもよろしいですか？		
6	当院では退院後、他施設に転院される時や在宅介護を受けられる場合等は当院での治療、看護経過に関わる書類を転院先の病院、施設へお渡しするようにしています。これは患者さんの情報や治療方針、看護の経過を共有することで、より質の高い医療を提供するためです。 退院時、他施設への添書をお渡ししても宜しいですか？		

※これらのお申し出は、いつでも撤回、変更等をする事ができます。

年 月 日

患者氏名

代筆者氏名

続柄

確認看護師



百年橋リハビリテーション病院

