

入院患者の皆様へ

月 日 () 時間 : より当院での生活が始まります

病室は【 個室 ・ 多床室 】

主治医は【 】医師

病棟看護責任者は【 平松 】

リハビリ責任者は【 来嶋 】

各担当（看護師・ケアワーカー・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医療相談員）は当日にお伝えします。

※病室については変更になる場合もございますので、ご了承下さい

入院当日の流れ

① 受付

※ 裏面の“入院手続きに必要なもの”をご提出ください

※ 「入院のご案内」の中の同意書・誓約書等（ご署名等を頂いた文書）は病棟看護師にお渡しください

※ お荷物は病院のスタッフがお運び致しますので、受付が済みましたらフロアにてお待ちください

② 所定の検査

③ 診察（外来又は病棟で行います）

④ 入院病棟へ移動

⑤ 入院時合同評価（お部屋でスタッフが現在のお身体の状態を確認させていただきます）

⑥ リハビリ・看護内容の書類説明、面談日時のご相談（スケジュールが分かる状態でお越しください）

◆ご本人様は昼食摂取後、午後よりリハビリが開始されます。

◆ご家族様につきましては、書類説明が13：00頃までかかる場合もございます。
お時間に余裕を持ってお越し下さいますよう、お願いいたします。

感染対策のため病院間の移動の際や

フロアでお待ち頂く際もマスク着用にご協力下さい

特定医療法人 自由会 岡山光南病院
〒701-0211 岡山市南区東畦 767-3
TEL 086 (282) 0555 FAX 086 (282) 0595

入院前準備チェックリスト

入院手続きに必要なもの

- ☐ 医療保険証
- ☐ 介護保険証（お持ちの方のみ）
- ☐ 高額療養費限度額適用・標準負担額減額認定証（お持ちの方のみ）
- ☐ 該当する公費受給者証（お持ちの方のみ）
- ☐ 印鑑（患者様・ご家族様用）
- ☐ 退院証明書
- ☐ 紹介状
- ☐ 黄色又は青色のファイル（前医で渡された場合のみ）
- ☐ 現在内服中のお薬
- ☐ お薬手帳

入院に必要なもの

OS セットについて「おむつプラン」「リネンプラン」があります。

おむつ着用の方は「おむつプラン」のご利用又は持ち込みも可能です。

「リネンプラン」はご希望に応じてご利用ください。

「リネンプラン」の契約有無にかかわらず ご準備いただくもの

- ☐ 巾着袋※（院内の移動時、食事道具を持参していただくため）
- ☐ 運動靴又は介護用シューズ（滑らないもの）
- ☐ 下着類（4～5 枚）・靴下・上着等は必要に応じてご持参ください
- ☐ マスク
- ☐ 洗濯物を入れる袋（スーパーの袋やビニール袋）
- ☐ 病室での洗濯物保管用の大きめの袋（エコバック等）
⇒ランドリーを契約される方は不要です

入院後リハビリ状況に合わせて日常生活に沿った更衣訓練などで衣類の持参をお願いする場合がございます。

◆ ※について

必要時にご準備がなければ院内にて購入していただき、入院費と合わせて請求させていただきます。

◆ 貴重品の持ち込みは、原則不可です。

持ち込んだ場合の紛失等に関しては自己責任となりますのでご了承ください。

◆ 持参される物品については、すべてフルネームで記名をお願いいたします。

「リネンプラン」を利用されない又は プランに応じて準備いただくもの

- ☐ 洗面用具
歯ブラシ・歯磨き粉・コップ（洗面用）・髭剃り（電気シェーバー）・ヘアブラシ・入れ歯ケース・入れ歯洗浄剤
- ☐ 入浴時の洗体用タオル又はスポンジ
- ☐ 食事道具
箸・スプーン
コップ又は吸い飲み（飲用）
⇒割れないもの
- ☐ ティッシュペーパー
- ☐ バスタオル 4～5 枚
- ☐ フェイスタオル 4～5 枚
- ☐ 口腔ティッシュ※
- ☐ 食事用エプロン（使い捨て）※
- ☐ 肌着 4～5 枚
- ☐ 昼間の衣類 3～4 組
（活動しやすいもの）
- ☐ 夜間の衣類 3～4 組
⇒肌着・衣類については A 又は B プラン
契約の方は契約内容に応じてご準備ください

CT 検査を受けられる方へ

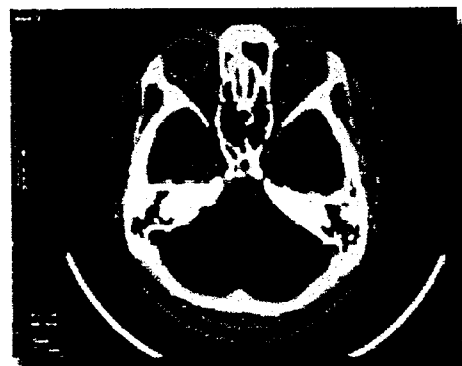
◎ CT のしくみ

この検査は X 線を使用しています。

X 線の発生装置が、患者様の体の周りを回転してさまざまな角度からのデータを集め、これをコンピューターで計算し、体内の断層像（輪切り）の画像として撮影されます。

◎ 検査について

- ・ 体に対する刺激や痛みは全くありません。
- ・ 検査前にアクセサリーなどの装身具を取り外していただきます。
- ・ 妊娠している可能性のある方は、検査ができないことがありますので必ずお申し出下さい。
- ・ 検査時間は約 10 分程度です。



◎ 医療被ばくについて

- ・ CT 検査には X 線が使われますが、その放射線の量（線量）は撮影部位（頭部・胸部・腹部・全身など）や撮影手法により異なりますが、1 回あたり 5～30mSv 程度です。
胸部 X 線撮影（0.06mSv）のように線量が少ない検査に比べると、X 線 CT 検査の方が線量は多くなりますが、がんリスクという観点からみると、少量の放射線ということになります。
- ・ 線量とリスクとの関係は、大量の放射線に被ばくすればがんのリスク（危険度）が増えることは多くの研究で明らかになっています。しかし CT 検査で受けるような少量の放射線とがんとの関係については科学的に明らかにされていません。CT 検査を受ける程度の放射線によってがんのリスクが増えるかどうか実証することは困難ですが、仮に増えたとしてもその大きさは他の要因（喫煙、食事、ウイルス、環境汚染物質など）によるがんリスクと比べてかなり小さいと見積もられます。
- ・ 放射線診断の利便（ベネフィット）は、がんなどの病気やけがを迅速に正確にみつけることです。検査を受けることで体の不具合の様子（部位や程度）がわかり、適切な治療ができます。特に不具合が見つからなかったとしても「悪い病気かもしれない」という不安を解消することができ、安心できるというベネフィットがあります。また痛みや苦痛を伴いませんし子どもや高齢者、病気の方にも適用できます。
- ・ 当院では上記の通りリスクと利便を医師が判断して CT 検査をご提案し、受けられる場合も線量を可能な限り低く設定し照射範囲も診断に影響がない程度絞っております。

その他、ご不明な点、ご質問等ございましたら下記までご連絡ください。

岡山光南病院 （086）282-0555

放射線科 9：00～18：00

担当：石尾・柏野

保険外負担料金同意書

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担金の料金について、その使用に応じた「実費のご負担」をお願いしています。

下記の内容について同意をいただいた上で署名、捺印をお願いいたします。

※税込金額

2025.10.1～

ワクチン	税込	診断書	税込	その他	税込
インフルエンザワクチン	¥3,850	一般診断書	¥2,200	歯みがきティッシュ	¥715
インフルエンザワクチン 65歳以上 岡山市	¥2,080	死亡診断書	¥5,500	食事用エプロン (1箱 60枚入)	¥976
インフルエンザワクチン 65歳以上 倉敷市	¥2,000	死亡診断書(保険会社用)	¥5,500	散髪代 男性	¥1,870
肺炎球菌ワクチン	¥7,700	入院証明書	¥5,500	散髪代 女性	¥2,090
肺炎球菌ワクチン 岡山市 助成対象者	¥3,670	厚生年金診断書	¥8,800	付添布団	¥165
コロナワクチン	¥16,500	身体障害者診断書・意見書	¥7,700	付添食 朝食	¥352
コロナワクチン 岡山市 助成対象者	¥11,560	自賠責診断書	¥3,300～4,400	付添食 昼食	¥484
コロナワクチン 倉敷市 助成対象者	未定	自賠責明細書	¥3,300	付添食 夕食	¥484
带状疱疹ワクチン・シングリックス	¥21,450	治癒証明	¥550	病衣貸与料	¥330
带状疱疹ワクチン・シングリックス 岡山市 助成対象者	¥11,080	成年後見用診断書	¥5,500	テレビ・冷蔵庫使用料	¥275
带状疱疹ワクチン・ビゲン 岡山市 助成対象者	¥4,480	領収証明書	¥550	レントゲン・CD代	¥220
		おむつ証明書	¥550	面談(カルテ開示等)	¥5,500
				おしりふき	¥286
				巾着袋	¥110

特定医療法人自由会 岡山光南病院 病院長 殿

上記について同意いたしました。

年 月 日

患者氏名

印

代筆者氏名

印

入院のご案内

病室では・・・

1. 差額ベッドがあります。
特別療養環境室・・・4,730 円・3,960 円・3,410 円(税込)
2～4 人部屋・・・無料
2. 貴重品及び不必要な物品はお持ちにならないようにお願いします。
3. テレビは各ベッドに備え付けてあります。
2～4 人部屋ではイヤホンの使用となります。
4. 病院敷地内はすべて禁煙となっております。ご理解、ご協力をお願いします。
5. 空いているベッドは無断で使用しないようにお願いします。
6. 病室の壁には押しピンやテープなどで物を貼らないようにしてください。
7. 消灯時間は午後 9 時です。テレビも消していただきます。
8. 各ベッドにナースコール(インターホン)がありますのでご利用ください。

お食事は・・・

1. 配膳時間は●朝食＝8 時 ●昼食＝12 時 ●夕食＝午後 6 時です。
2. 配膳車が来ますので、歩ける方(歩行許可の出ている方)はお膳を取りに来てください。
3. お茶は、給茶器がありますのでご自由にお使いください。
4. 電子レンジは、食堂ホールに設置しています。ご自由にお使いください。
5. 下膳も、歩ける方は配膳車へお戻しく下さい。
6. 食器の中に、紙くず、空き缶などを捨てないようにお願いします。
7. 食事料金は 1 食 510 円の負担となります。
メニューの一部選択も出来ます。
病状に応じて治療食もできますので、無断で他の食事は摂らないで下さい。
所得により食事料金が減額になる場合もあります。受付までおたずねください。
※食事料金(治療食含む)は診療報酬に準じて請求致します。

入浴のルール・・・

1. 医師の許可があれば、入浴していただけます。
2. 入浴は週 2 回を計画し、曜日については入院時に決まります。
使用時間は午前 9 時～午後 8 時までです。
3. 1 人で入浴可能な方は、指定日なしでご利用可能です。
その際はスタッフに声をかけてお入りください。

トイレでは・・・

1. 使用後は水をよく流してください。
2. 備え付けの紙以外のものは必ず汚物缶の中へお捨てください。
3. 便、尿器の洗浄は西汚物室の汚物処理槽をご利用ください。
4. 治療上、尿測の方はお名前の代わりに自室のベッド番号を書いてある蓄尿瓶にためてください。

洗濯したいとき・・・

1. 病室に備え付けの寝具の洗濯は病院側で行います。
2. 物干し場は 2 階ランドリーコーナーにあります。
3. 洗濯機(1 回 200 円) (税込)
洗濯が出来なくてお困りの方は、委託業者(岡山ランドリー)との契約が可能となります。
週 2 回指定の曜日に集荷します。料金は 1 ヶ月あたり 4,840 円(税込)です。
月の上限ネット数を超えた場合は追加料金が発生します。
4. 乾燥機もあります。(30 分 100 円) (税込)

~~面会されるときは・・・~~ ※現在面会制限中となります。別紙をご参照ください。

1. 面会時間は午後 1 時より午後 8 時までです。
2. 面会の際は必ずスタッフステーションへお立ち寄りください。
3. 面会はできるだけ 2 階食堂ホール・談話室をご利用ください。
4. 面会者は病室内での飲食はご遠慮ください。
5. 面会中は他の患者さんのご迷惑にならないようにお静かにお願いします。
6. 面会は場合によりお断りすることがあります。
7. 回診時および処置時は病室外へ出てお待ちください。
8. 午後 6 時以降の出入り口は裏玄関となります。
※日曜日・祝日の出入り口は裏玄関のみとなります。

電話を使いたい・・・

1. 携帯電話の持ち込みは可能ですが、使用場所を決めています。
個室・談話室・テラスでのご使用となります。
他の患者さんのご迷惑にならない程度でお願い致します。

入院費は・・・

1. 定期請求は月末で締め、翌月の 3 日ごろ 1 階受付までお越しください。
2. 退院時には前日に退院日までの金額をお知らせいたします。
3. 請求書で何か分からないことがあれば受付へおたずねください。

医療相談について・・・

1. 治療や医療費、介護などに関する医療相談を医療相談室で応じております。
利用期間：午前 9 時～午後 5 時 日祭日以外で対応可能です。

その他・・・

1. 入院中に他の医療機関を受診することは原則として出来ません。
他の医療機関を受診する場合は、医師または看護師に必ずご相談下さい。
無断で受診した場合、後日、全額自費(調剤薬局のお薬代含む)にて追徴されることがあります。
2. 入院中は無断で外出・外泊はできません。必ず医師の許可が必要です。まず看護師にご連絡ください。
3. 散髪については、月 1 回不定期で訪問があります。
ご希望の方は、スタッフステーションへお知らせください。
金額：男性 1,870 円(税込) 女性 2,090 円(税込) 入院支払い請求となります。
4. 入院中や退院時に、医師や看護師などへの贈り物は一切ご無用に願います。

面会についてのご案内

入院患者様の面会につきまして、2024年5月1日より、面会制限を緩和致します。

1. 面会可能日時：月曜～土曜日 午前 10：00～11：30 午後 15：00～17：00
：日曜・祝日 午後 15：00～17：00 ※日・祝は午後のみです。
2. 面会のルールについて
 - ★面会の事前予約は不要です。
 - ★1 患者様につき 1 日 1 回 30 分以内、高校生以上のご家族様 2 名までと致します（親族の方のみでお願いします）。
 - ★風邪症状がある方（発熱、のどの痛み、咳、鼻水などの呼吸器症状等）がある場合は面会できません。
 - ★10 日以内に Covid19 の感染者、インフルエンザの感染者に接していないこと。
3. 面会場所
 - ★エレベーターで 2 階病棟へお上がりください。エレベーターを降りられましたら、名簿に御自身のお名前、面会患者様のお名前、体温、現在の時刻の御記帳をお願いします。お帰りの際には退出時間の御記帳をお願いします。
 - ★患者様の病室での面会をご案内します（大部屋の患者様も病室で面会可能です）。
 - ★面会時間の厳守にご協力をお願い致します。
 - ★日・祝日の場合には、裏口の時間外通用口をご利用ください。
4. 面会時の注意
 - ★病院内では不織布マスク（サージカルマスク）を着用ください。
 - ★体温測定・手指消毒のご協力をお願い致します。
 - ★院内では、飲食はできません。
5. その他
 - ★洗濯物の受け渡しについては、面会時に病室にあるものをお持ち帰りください。
 - ★新型コロナウイルス等の感染症の状況によっては、面会禁止の措置をとる可能性もありますので、お知りおきください。

医療サービス課からのご案内



入院当日は・・・

入院日当日に前医（今ご入院されている病院）の領収書をお持ちください。

高額療養費制度により、1年以内に医療費を上限額まで支払った月が3回ありましたら、4回目のお支払いから金額がお安くなる場合がございます。

保険証について・・・

入院中でも月に一度、保険証の確認をさせていただいております。

また、保険証が変わった場合もご提示くださいますようお願いいたします。



入院費について・・・

定期請求は月末で締め、翌月の3日ごろ、退院時には前日に退院日までの金額をお知らせいたします。
請求で何か分からないことがあれば受付へおたずねください。

入院中の他院受診について（歯科以外）

当院専門外の疾患で他院へ受診していただく場合がございます。

他院への受診では受診先の病院への支払い方法で気をつけていただきたいと思いますので、
他院へ受診する際に詳しくご説明させていただきます。その際はスタッフステーションへお申し出下さい。

その他、入院費、保険証等に関して分からないことがあれば受付へお尋ねください。

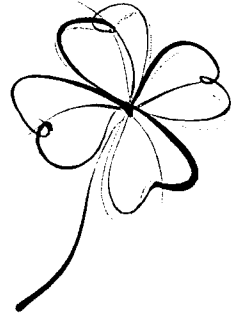
医療サービス課からのお知らせ

入院費のお支払いに関して、窓口対応時間は以下のとおりです。

月曜日から土曜日の 17:00 まで
※日祝休み

ご不便をお掛け致しますが、宜しくお願い致します。

こんにちは 医療相談室です。



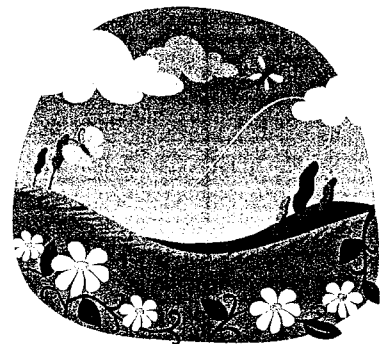
病気になったことから起こる心配や問題を、看護師・医療相談員に相談できるシステムです。当院では、「医療相談室」を設置して、看護師と医療相談員が、親身になってご相談に応じます。

相談は無料です。

たとえば、こんな場合でお困りの際ご利用ください。ご相談の内容は、秘密を守ります。

- ・ 入院中、退院後の医療費、生活費が心配
- ・ 退院後の自宅介護はどうすればいいの
- ・ 複雑で理解できない医療制度、福祉制度の利用方法は…
- ・ 各種施設、関係機関の利用方法は…
- ・ 病気についての不安
- ・ 仕事のことが心配

など…



★ 相談の仕方 ★

相談をご希望の方は直接医療相談室へお越し頂くか、下記の連絡先へご連絡下さい。

予約をして頂きますと、お待たせしないでご相談に応じることができます。

医療相談室の場所	岡山光南病院 2階 エレベーターを降りて直進して頂き、 7フロアの奥にあります。
受付時間	平日 9:00～17:00 (土曜・日曜・祝日は不在です)
連絡先(代表電話番号)	086-282-0555

インフォームドコンセント(IC)用紙

患者氏名()様 (看護師⇒家族用)

説明内容
□転倒・転落について
転倒・転落が起こった場合、主治医もしくは当直医の診察を受けて頂きます。
場合によりレントゲン撮影をすることがあります。
転落により骨折の可能性がある時は、ベッドを除去しフラットにさせていただきます。
どのような場合でも、必ずご家族の方へ連絡をさせていただきます。
*夜間転倒・転落が起きた場合の連絡方法：軽症の場合は【翌日・発生時】に連絡 ※どちらかに○印をお願いします。
□院内徘徊について
当院は認知症病棟でないため、ドアに鍵をつけることはできません。
また、玄関にセンサー等も付いておりません。離院されないよう最大の努力をしますが、
場合により離院された場合責任をもって捜索しますが、
何らかの事故発生時は責任を負いかねますので、ご了承ください。
□部屋変えについて
個室から大部屋へ転室希望の場合、入院患者さんの状態によりますが、空き次第転室可能となります。
また、感染症がある場合は、やむなく個室対応となりますのでご了承ください。
□リストバンド着用について
安全な医療行為を行うために、着用していただくようご協力お願いします。
□入院中、病院施設及びその備品について
故意または過失により破損または紛失した場合は弁償していただく場合がありますのでご了承ください。
□病衣貸し出しした場合について
1枚につき330円(税込)別途請求させていただきます。
□おむつの持参について
おむつを持参される方はご家族で管理をお願いします。足りなくなった場合はこちらからの連絡は致しません。
病院が委託契約しているCSセットから出しますので別途請求させていただきます。
□車椅子貸し出しについて
入院中の外泊時に貸出した場合リース代として500円(非課税)別途請求させていただきます。
□義歯、補聴器の取り扱いについて
本人管理ですが場合によっては病棟で管理することがあります。
取り扱いについては最善の注意を払いますが、本人が何らかの扱いにより紛失された場合は
責任を負いかねますので、ご了承ください。
□喫煙について
敷地内は全て禁煙になっております。
喫煙されますと治療およびリハビリを中断、場合によっては退院して頂くざるを得ない
事態となりますので、遵守くださいますようお願い致します。

このインフォームド・コンセント用紙は、患者さんに説明し同意を得た内容を書き残すためのものです。
十分な説明ができ、納得をして治療に専念できるように看護していくことが目的となります。

上記について同意いたしました。

説明日 年 月 日

説明者

患者氏名

代筆者氏名 続柄:

リストバンド着用に関するお願い

岡山光南病院では、医療行為を行うときの患者さんの確認方法のひとつとしてリストバンドを着用していただくことになりました。

わずらわしさをおかけすることになるかもしれませんが、安全な医療を行うためにご協力をよろしくお願いします。

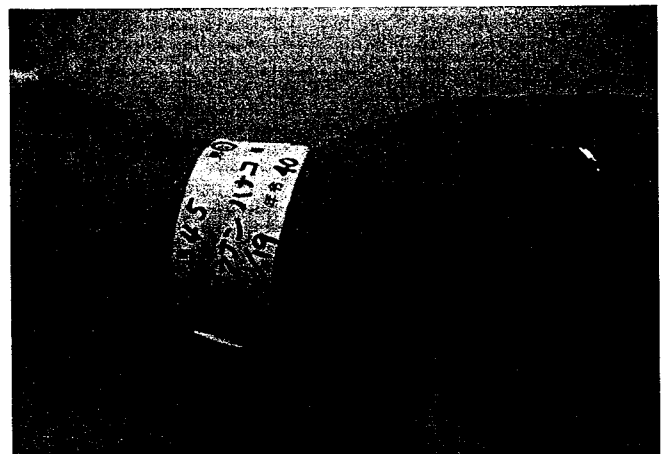
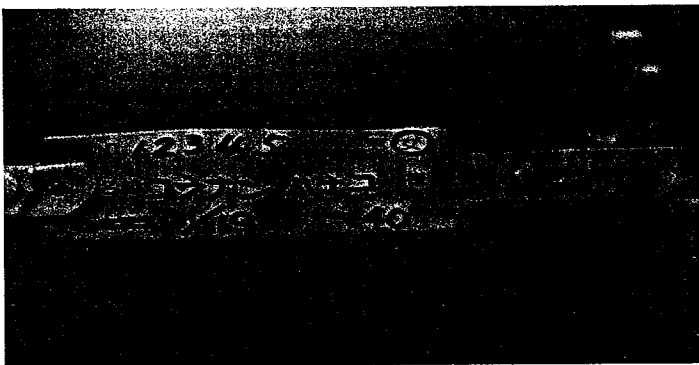
このリストバンドには、

患者さんのお名前フルネーム（カタカナ）、

I D 番号（数字）、性別、年齢、入院日が記載されています。

入院されましたら病室で看護師が説明し、着用していただきます。

リストバンド着用に関しまして、ご意見ご感想がございましたら、何なりと病棟の医師、看護師にお聞かせください。



入院患者さんのプライバシー保護について

患者さんが治療に専念し、適切な入院生活を送って頂く為に、又、個人情報保護の観点から、ご入院時に下記が発生した場合、病院としてどのような対応が必要であるかを事前に教えていただく必要があります。

ご希望される患者さんは、お手数ですが、下記の項目にチェックを入れ病棟看護師にご提出をお願いします。

1、 病室の名前表示

☐ 病室入り口に名前を表示しない

* 医療事故防止、患者さんの安全を守るためベッドにお名前を表示させて頂いております。表示を望まれない患者さんは病棟看護師までお申し出ください。

2、 お見舞い客への対応

☐ お見舞い客は基本的に断る

☐ 入院している事も秘密にする（受付で教えない）

☐ 家族以外の電話の取次ぎは行なわない

☐ 下記の者のみ連絡・お見舞いを可とする。

()

☐ 下記の者のお見舞いを断る

()

3、 その他プライバシーに関する配慮についてご希望を教えてください

--

* 当院では、患者さんの了解なしで電話や受付窓口などで問われた場合、入院の有無や病気名などについて知らせることはありません。

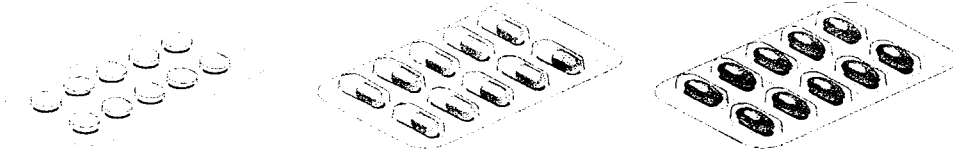
* ご親族やご友人であっても、病院が確認を取れないお見舞い客について情報提供をお断りする事があります事、ご了承ください。

年 月 日 患者氏名 _____

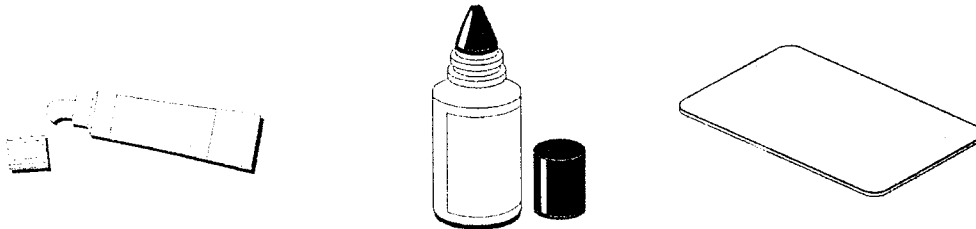
お薬についてのお願い

入院される時に、次の物を持ってきていただきますよう、よろしくお願いします。

- ・ 入院する前まで服用していたお薬



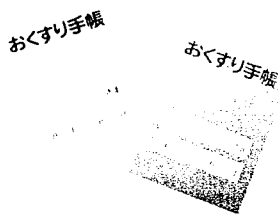
- ・ 湿布・塗り薬・目薬など外用のお薬



- ・ インスリンなど注射薬



- ・ おくすり手帳（複数ある方は全部持ってきてください）



上記のお薬は、入院後も継続して使用していただく予定です。

ただし、状態によって、医師の判断により、服用を中止、変更する場合もございます。

持ち込まれたお薬が無くなったあとは、当院で扱っているお薬に変わりますので、ご了承ください。また当院で扱っているお薬で対応できない場合は、入院前のかかりつけ医等に受診していただき、投薬していただく場合もございます。

おくすり手帳は退院のときに、退院後の診療に役立てていただくために、退院時の薬の内容、入院中に薬によって起きた不具合等を記載しお返しいたします。

持ってきていただいたお薬等は、入院時に受付でお渡してください。

患者さんと医療者のパートナーシップの強化に関する基本方針

1 目的

患者さんの協力を得て、医療・看護の安心の確保・維持します。

2 基本

医療者は入院診療計画書、リハビリテーション総合実施計画書、クリニカルパス等を通じて患者さんに明確に説明し、患者さんに検査・治療に関する知識習得を援助します。患者さんが積極的にチームの一員となり、患者参画により医療事故を防止できるように協力依頼します。

3 患者さんへの説明

① 患者さんの氏名の確認について

医療行為ごとに当院では、「人違いを防ぐために、お名前をおしやってください。」または「安全のために、お名前を確認します。」とお尋ねしますので、フルネームでお答えください。

また、入院中は多くの医師、看護師、リハビリスタッフなどが係ることがあります。患者さんの確認方法としてリストバンドを使用しています。(別紙参照)

② アレルギー歴・妊娠について

ショック予防のためにアレルギー歴、薬剤の副作用歴、及び妊娠中のレントゲン被爆防止の意味から尋ねる努力をしていますが、自らも積極的に特異体質等についてお答えください。

③ 過去に常用している薬剤などについて

患者さんが服用している市販の薬剤、ビタミン、ハーブ、その他のサプリメントについて医師、薬剤師、看護師にお伝えください。

④ 処方内容について

外来で処方箋を渡されたとき、担当医が説明した薬か、薬剤を手渡されたとき薬剤説明書を照合し、ご確認ください。薬の内容について詳しく知りたい方はお尋ねください。

⑤ 薬剤の副作用について

薬剤説明書と照合して、副作用の可能性を吟味され副作用が懸念されたら直ぐに医師に告げてください。

⑥ 手術・治療法の自己決定

手術・治療を受ける前に、貴方自身が担当医、執刀医の説明について理解し納得し手術法を選択していただきます。治療に関する説明はできるだけ文書による分かりやすい丁寧な説明を心がけています。患者さんの意見をよく聞かせていただき、またセカンドオピニオン制度、カルテ開示を保証し患者さんと治療方針を決定します。

⑦ 質問について

分からない時、不信な時は遠慮せずに質問してください。

⑧ 医療チーム紹介

入院時には担当医、医療チームは自己紹介致しますが、ご自分でもご確認ください。

⑨ 検査結果の説明について

検査を受けた後、結果の説明が遅れたら説明を求めて下さい。

⑩ 禁煙について

敷地内禁煙を厳守し、小児・妊婦をはじめとして受動喫煙防止にご協力をお願いします。
また、電子たばこも敷地内では全面的に禁止します。

⑪ アルコールについて

院内でのアルコール飲酒を禁止します。また外出、外泊で飲酒した場合、酔った状態での帰院を禁じます。また、ノンアルコール飲料と宣伝されているものはアルコール度数 0%ではありませんので許可できません。

⑫ 病状説明等の参加について

個人情報保護の観点から、病状説明等の参加は(1)患者さんもしくは成人年齢に達しているキーパーソン、後見人、(2)患者さん、成人年齢に達しているキーパーソン、後見人、及び主治医のいずれもが許可する者に限らせていただきます。

⑬ 退院後の療養生活について

退院間近に、医師・看護師・リハビリスタッフに自宅での療養についてお聞きください。

⑭ 院内における撮影や録音の禁止に関して

当院では、患者さまや職員のプライバシー及び病院内における個人情報を保護するため、許可のないカメラ・ビデオ・携帯電話等での撮影・録音は禁止しております。

特別な理由により撮影・録音を希望される場合は、事前に当院スタッフまでご相談ください。

平成 22 年 4 月作成

平成 26 年 12 月 26 日改訂 医療サービス委員会

平成 27 年 8 月 28 日改訂 医療サービス委員会

平成 30 年 5 月 1 日改訂 医療サービス委員会

令和 2 年 1 月 6 日改訂 医療サービス委員会

令和 5 年 6 月 1 日改訂 医療サービス委員会

令和 年 月 日

様

特定医療法人自由会 岡山光南病院
院長 宮森 政志
(押印略)

このたび、回復期リハビリテーション病棟から自宅へ退院された患者さんが、その後もご自宅等で過ごされているかどうかなどについてお尋ねさせて頂いています。お伺いする方法はご退院後翌日及び約 1 か月後にご自宅等にて生活を続けていらっしゃるかどうかについて電話などでお尋ねする簡単なものです。

なお、この調査は、同意をいただいたうえで行うもので、ご了承いただけない場合はお断りいただいて結構でございます。

もし、ご了承いただける場合は、別紙の同意書にご署名いただけますと幸いです。勝手なお願いながら、何卒よろしくご協力をお願い申し上げます。

連絡先

名称 特定医療法人自由会 岡山光南病院
住所 岡山県岡山市南区東畦767-3
この調査の責任者氏名 平松 有希
電話 086-282-0555 FAX086-282-0595

「患者さんの退院後に関する調査 協力同意書」

病院名 特定医療法人自由会 岡山光南病院
院長 宮森 政志殿

私は岡山光南病院回復期リハビリテーション病棟が行う、退院後に関する調査について、説明を受けたうえで、この調査に協力することに同意します。

令和____年__月__日

患者氏名 _____

特定医療法人自由会 岡山光南病院 御中

同意書

私は、特別療養環境室（差額ベッド）利用の申込にあたり
貴院担当者より、特別療養環境室の設備構造、料金を明確に
説明を受け、特別療養環境費（差額ベッド料金）を支払い、
入院することに同意いたします。

● 利用する部屋と一日あたりの料金（税込）

号室	円/日
----	-----

● 同意者（本人による自署および捺印となります。）

＊ 自署ができない場合は、代筆者が署名し、代筆者氏名および
本人との続柄を記載の上捺印

利用者名 （本人）	⑩
代筆者名	⑩
続柄	

※ 特別療養環境室

	病室数	使用料（1日）	主な設備/備品
A 特別病室：個室	26.27.28.30 号室 計4床	4,730 円(税込)	テレビ・冷蔵庫・小机・椅子・ ロッカー・シャワー・トイレ・ 洗面台
B 特別病室：個室	1.2.3 号室 計3床	3,960 円(税込)	テレビ・冷蔵庫・小机・椅子・ ロッカー・洗面台
C 特別病室：個室	21.22.23 号室 計3床	3,410 円(税込)	テレビ・冷蔵庫・小机・椅子・ ソファ

テレビ・冷蔵庫代についての同意書

患者さんに、快適な入院生活を過ごして頂けるよう病室の個々にテレビ、冷蔵庫を設置しております。

テレビはカード式を廃止して1日定額でご利用出来るようになっております。

2階食堂ホールには、無料の給茶機を置き温かいお茶がいつでも飲めるようにしております。

こうした患者さんのアメニティ向上のための利用料として1日あたり275円（税込）徴収させていただきます。

上記のように説明を受けました。

テレビ・冷蔵庫代について同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

代理人 _____

* 代理人欄は、本人が未成年または署名できない場合記入する

特定医療法人自由会 岡山光南病院

086-282-0555

入院同意書

特定医療法人 自由会 岡山光南病院

病院長 宮森 政志 殿

この度の入院にあたり、岡山光南病院の基本理念・理念に基づく方針及び
治療方針について同意し、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

ふりがな

患者氏名

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日生

現住所 (〒 ー)

ふりがな

代諾者氏名 続柄()

現住所 (〒 ー)

入院情報記入表

患者氏名；

既往歴（これまでの病気や怪我など。かかった病院・年齢が分かれば記載）

記入例） 45 歳 左鎖骨骨折 手術 岡山赤十字病院

現病歴（いつ発症・受傷してどのような経過で現在に至ったか）

主になる連絡人氏名・続柄 氏名 （続柄 ）

家族構成（両親・兄弟・子ども・孫など）

同居人：

別居人：

死別人：

アレルギーの有無： 有・無 (有の場合は下記記入)

食品名：

薬品名：

入れ歯の有無： 有・無 (部位 個数)

眼鏡の有無： 有・無 (種類)

補聴器の有無： 有・無 (左・右 、 使用していない)

喫煙歴 (何歳から、1日何本程度何年喫煙していたか。禁煙していれば何歳から記入)

無 ・ 有 ⇒ 1日 _____本 _____歳から _____歳まで

飲酒歴 (毎日であればどのくらいか。付き合い程度でも可)

リハビリをする上での本人の希望 (目標)

例) トイレが一人で行ける。食事が一人で食べられるようになる。 など

リハビリをする上での家族の希望 (目標)

【今回のお怪我やご病気前】の日常生活動作

(該当する物に○をして下さい)

1、移動

屋内	自立	見守り	一部介助	全介助
屋外	自立	見守り	一部介助	全介助
座位保持	自立	見守り	一部介助	全介助
立ち上がり	自立	見守り	一部介助	全介助
過去1年以内の転倒や転落の有無		有	・	無
福祉用具利用の有無		有	・	無

2、排泄

昼間	一般トイレ	ポータブルトイレ	尿器	
	布パンツ	はくパンツ	尿パット	おむつ
	自立	見守り	一部介助	全介助
夜間	一般トイレ	ポータブルトイレ	尿器	
	布パンツ	はくパンツ	尿パット	おむつ
	自立	見守り	一部介助	全介助
排尿回数 1日約		回程度		
排便パターン		日に	回程度	

3、食事

食事内容	普通食	お粥	キザミ	ミキサー	他 ()
使用道具	箸	スプーン	フォーク		
食事中のムセ	有		時々	無	
トロミ剤使用	有	無			
食事動作	自立	見守り	一部介助	全介助	
摂取状態					

4、清潔

入浴方法	自宅入浴	清拭	施設などで入浴
入浴回数	毎日	週に	回程度
動作	自立	見守り	一部介助 全介助
整髪	自立	見守り	一部介助 全介助
歯磨き	自立	見守り	一部介助 全介助
洗顔	自立	見守り	一部介助 全介助
爪切り	自立	見守り	一部介助 全介助
髭剃り	自立	見守り	一部介助 全介助
入れ歯管理	自立	介助	

5、更衣

前開き服	自立	見守り	一部介助	全介助
かぶり服	自立	見守り	一部介助	全介助
ズボン	自立	見守り	一部介助	全介助
靴下	自立	見守り	一部介助	全介助
靴の着脱	自立	見守り	一部介助	全介助

内服管理（誰が管理をどのようにしていたか。市販で内服しているものがあれば記入）

＊健康食品や栄養剤も記入して下さい。

問題行動（火気の不始末や、徘徊、被害妄想などの有無）

発症・受傷前：

発症・受傷後：

＊何かスタッフへ伝えておきたいことがあれば記入してください。

記載者氏名：_____（続柄 _____）

記載年月日：_____年 _____月 _____日

御協力ありがとうございました。

特定医療法人自由会 岡山光南病院

入院申込書

(号室)

令和 年 月 日

入院日: 月 日 () : 予定・未定

保険証: 当日・入院前面談時

□: ○印部分未完成 当日受付にて記入 (文書棚には通常通り保管 + 受付に用紙手渡し)

ふりがな					
患者氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	歳 男・女
住 所	〒				
TEL	- -				

家族連絡先①※主としての連絡先・病棟からの緊急・諸連絡先として1名ご記入をお願いします。

ふりがな					
氏 名	本人との続柄 ()				
住 所	〒				
自宅 TEL	- -				
携帯 TEL	- -				
備考	※休日等				

家族連絡先② ※上記①の方にお電話がつかない場合の連絡先として1名ご記入をお願いします。

ふりがな					
氏 名	本人との続柄 ()				
住 所	〒				
自宅 TEL	- -				
携帯 TEL	- -				
備考	※休日等				

当院記入欄 (入院前面談時に面談者 ・ 医事課で確認)	
備 考 (面談者記入)	☐ オンライン資格確認 ☐ オンライン限度額認定確認 ☐ 心身障害者医療費受給者証 入院自己負担限度額: ☐ 特定疾患医療受給者証 入院自己負担限度額:
その他 (事前に分かれば記入)	室料差額 有 ・ 無 (円) ・ 生活保護 担当 CW (福祉事務所 様) ・ 労災保険 ・ 自賠責保険 保険会社: 担当者: 様 TEL: ・ 第3者行為 保険会社: 担当者: 様 TEL:

※定期面談日の連絡先 : ① ・ ② ←該当する方に○をして下さい。