


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

初台リハビリテーション病院
HATSUDAI REHABILITATION HOSPITAL

初台リハビリテーション病院
HATSUDAI REHABILITATION HOSPITAL
〒151-0071 東京都渋谷区本町3-53-3
TEL 03-5365-8500 FAX 03-5365-8503

2022年7月版

目次

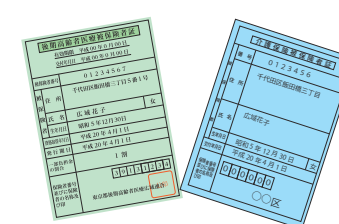
入院のご案内	3
病棟生活	4
食事	11
その他	12
非常時	15
院内施設	18
各種料金	20
お会計	22
ご相談事	24
同意書・申込書	28

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。担当者がお迎えにまいります。

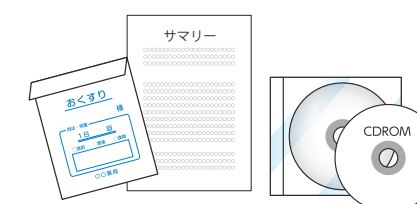
■手続きに必要な物



- 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P28をご覧ください。
- 保証金(個室料金の15日分)



- 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
- 発症時の画像データ

■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。

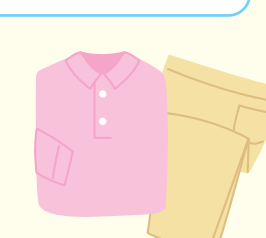
以下は3組程度をご用意ください



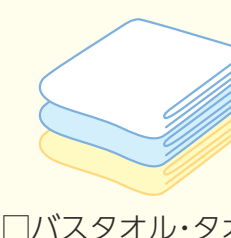
パジャマ



下着、くつ下類



普段着



バスタオル・タオル
※特別病棟は常備されて
おります



靴



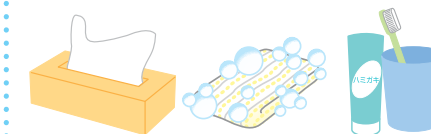
髭剃り



ヘアブラシ



入れ歯ケース



ティッシュ
ボディータオル
歯ブラシ、歯みがき粉、コップ
※特別病棟は常備されております

病棟内常備品

■日用品

- ・シャンプー・リンス・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・湯のみ・コップ類・食事の際のエプロン

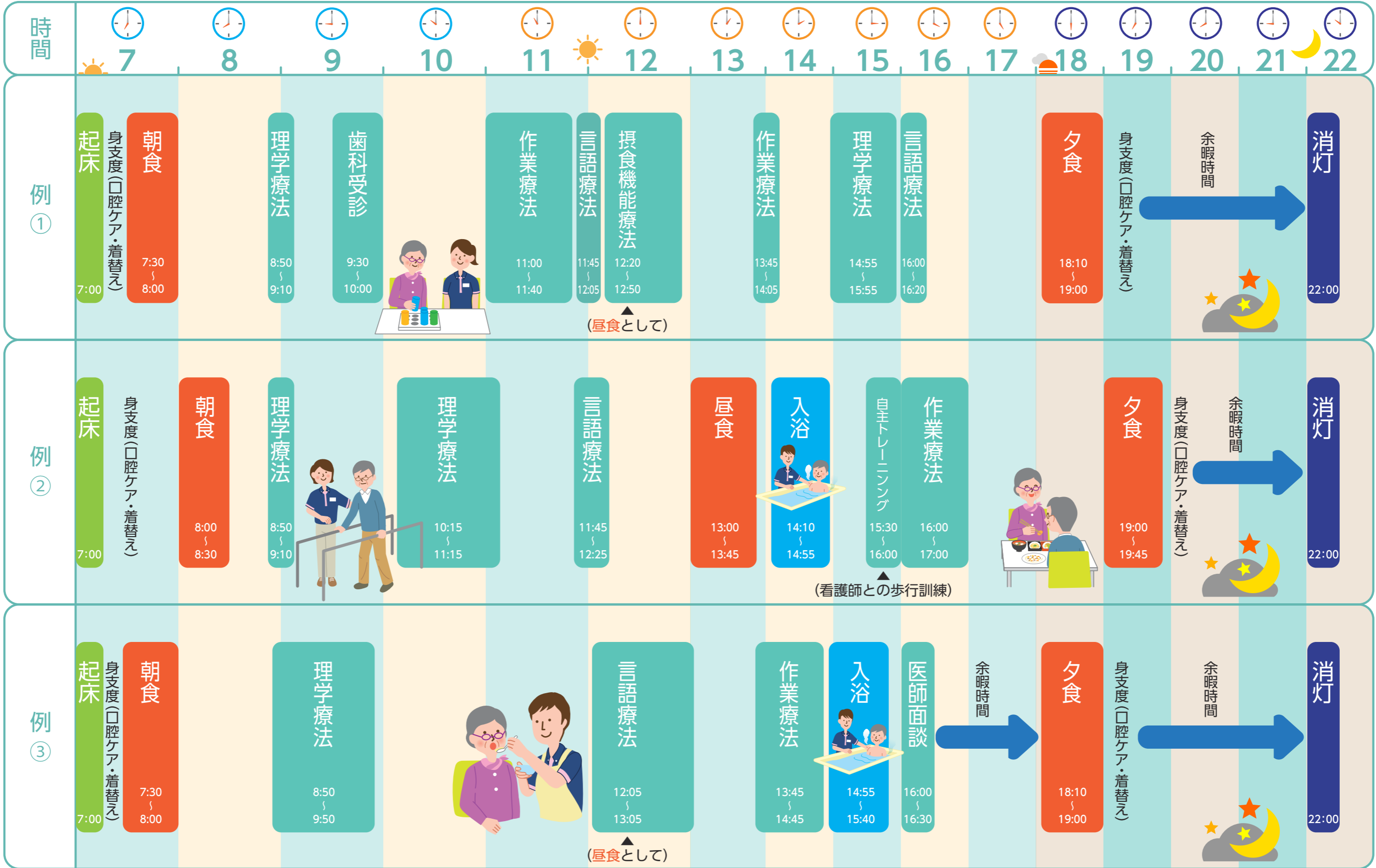
■電気製品

- ・専用テレビ・冷蔵庫(個室、特別病棟は専用となります)・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

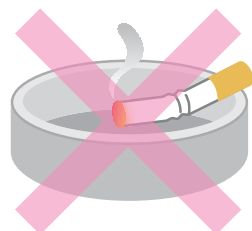
■面会について

面会時間	午前8時30分～午後9時
------	--------------

- ご面会の際は1階総合案内でご署名の上、入館証をお受け取りになりご着用ください。尚、お帰りの際はご返却ください。
※特別病棟へのご面会は入館証と一緒にICカードもお受け取りください。
- 複数人のご面会の際はダイルーム、デイコーナー、1階ラウンジをご利用ください。
- 地下駐車場からお越しになる場合も必ず総合案内にお立ち寄りください。
- 小さなお子様の面会は患者さまの安全への配慮から、手をつないでご入館ください。
- 午後8時以降の4人床でのご面会については、お休みになる患者さまもいらっしゃいますので、静かな声での会話をお願いいたします。
- 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。
- 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をお願いします。4人床の方（患者さま）は、通話する際はダイコーナーのご利用をお願いします。
- 個室での電話：固定電話を設置しております。通話料は実費を入院費用とともに請求させていただきます。
※個室内での携帯電話の通話は自由です。
- ファックス：病棟クランクまでお申し出ください。料金は入院費用とともに請求させていただきます。



■Wi-Fiについて

無料でご利用できます。パスワードをお渡ししますので、ご希望の方は病棟クランクまでお問い合わせください。



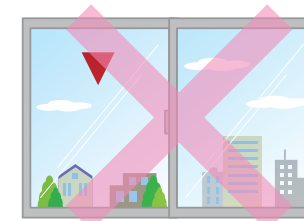
■外出・外泊について

「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。希望がある場合にはスタッフへお声掛けください。
※外出・外泊の申請は、希望日の3日前までをお願いします。



■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いたします。



■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・電子レンジ・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、マネージャー（病棟責任者）にご相談ください。
※院内にある「赤コンセント」は医療機器専用のため、一般電気製品の使用はご遠慮ください。



■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

●4人床では共有となっておりますので、利用時には必ずお名前と日付をお書きください。
※個室、特別病棟は専用となっております。
●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。



病棟生活

病棟生活について

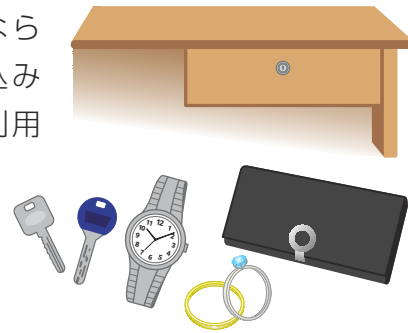
■テレビについて

4人床でテレビをご覧になる場合は、同室者に配慮して、必ずイヤホンをご使用ください。消灯時間以降のテレビのご使用はご遠慮ください。



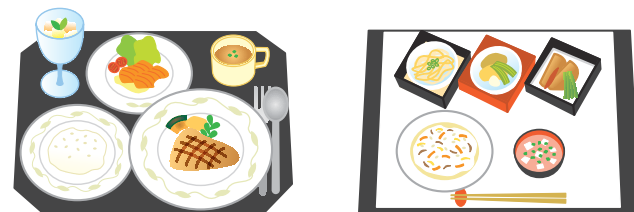
■鍵付きの引き出し

●盗難や紛失を防ぐ為、多額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。やむを得ず現金や貴重品をお持込みになり、院内で保管される場合は、鍵付きの引き出しのご利用をお願いしておりますので、スタッフへお声掛けください。



■食事について

- 和食か洋食か選択できます。治療食（塩分制限食、腎臓食、嚥下調整食等）には選択メニューはございませんのでご了承ください。
- ご家族、ご面会の方に患者さまと同じお食事をご用意する事ができます。ご希望の方は希望する日の前日の午前11時までに、病棟クラークまでお申し込みください。（入院初日は申し込みできません。）



詳しくはP11をご覧ください。

■入浴について

	3~7階	8階
入浴の回数	日曜日を除く週3回	毎日
入浴用に常備しているもの	<ul style="list-style-type: none"> ・シャンプー ・リンス ・ボディソープ ・洗面器 	<ul style="list-style-type: none"> ・シャンプー ・ボディソープ ・バスタオル ・フェイスタオル ・リンス ・洗面器 ・タオル ・ボディタオル

※入浴のご利用時間は、リハビリなどの時間と重ならないようにスタッフが調整しております。詳しくはスタッフをご案内いたします。
※スタッフの男女比の関係で、同性による入浴介助等が提供できない場合がございます。ご了承ください。

■洗面について

洗面用具については、入院時にご用意ください。
※特別病棟は、歯ブラシ、歯みがき粉、コップは用意しております。

■シーツ交換について

	3~7階	8階
回数	週に1回	隔日

■更衣について

日中はリハビリを行うため、動きやすい服装でお過ごしいただき、夜はパジャマに着替えていただきます。



病棟生活

清潔 / その他について

■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。
紙オムツを使用する場合は、病院で準備いたします。
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。



■同性介助について

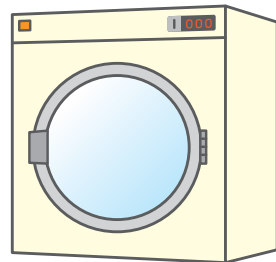
同性介助が出来ない場合がございます。ご了承ください。



■コインランドリーについて

利用時間	午前7時～午後9時
------	-----------

- 各階に洗濯機・乾燥機を2台ずつ設置しています(有料)。
- 共用のため、操作手順やルールを守ってご使用ください。
- 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。
- クリーニング(有料)も受け付けていますので、病棟クラークまでお問い合わせください。



料金についてはP20をご覧ください。

食事

お食事について

- お食事は食堂(ダイルーム)で召し上がっていただいております。食堂にはスタッフがご案内いたします。
- 和食か洋食か選べます。
- 治療食(塩分制限食・腎臓食・嚥下調整食等)には、選択メニューはございません。

朝食	昼食	夕食
午前7時30分～午前8時50分	午後0時20分～午後1時45分	午後6時10分～午後7時45分

■ドリンクサービス

お食事の時間にはコーヒー、紅茶、お茶、ジュースなどのドリンクを無料で提供しています。
※特別病棟は、お食事以外の時間も無料で提供しています。また、ご家族の方へも無料で提供しています。
(ご家族のご利用時はセルフサービスにてお願いいたします。)

■お食事のお申し込みについて

- 毎週金曜日に新しいメニューをお配りし、2日後の日曜日に回収いたします。
- 患者さまのご都合で食事を急に召し上がらない場合、下記の時間までに病棟クラークへお申し出ください。お申し出がない場合、食事を召し上がらなくても食事費用をいただく場合がございますので、ご了承ください。

朝食	昼食	夕食
前日:午後3時30分まで	当日:午前9時まで	当日:午後2時まで

■ご家族・ご面会の方のお食事について

ご家族・ご面会の方に同じお食事をご用意することができます。お申し込みは病棟クラークまでお願いします。お食事の場所や時間についてはマネジャー(病棟責任者)にご相談ください。なお、料金は入院費用とともに請求させていただきます。
※お食事のメニューはダイルームに掲示してございます。都合上メニューの変更がある事をご了承ください。



料金についてはP21をご覧ください。

■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事がございます。

■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、1階受付にお申し出ください。



料金についてはP20をご覧ください。

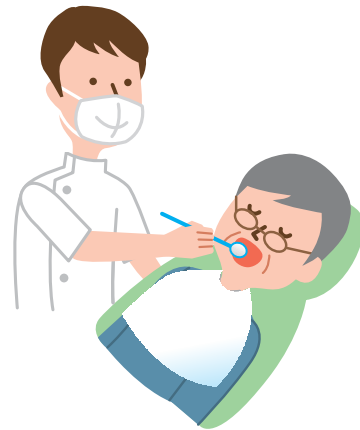
■ご意見箱について

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。



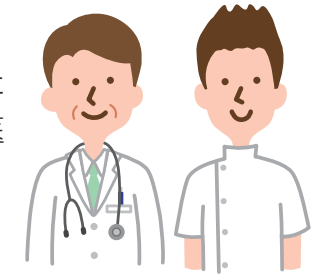
■歯科診療について

院内で提携歯科医師による診療を受ける事ができます。受診をご希望の方は主治医までお申し出ください。



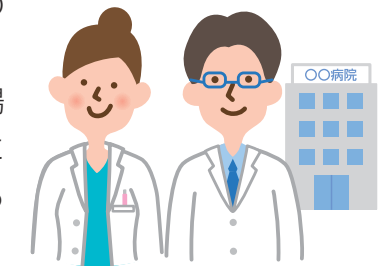
■入院中の他科診療について

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、泌尿器科、眼科、皮膚科、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)する事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ると、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事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。



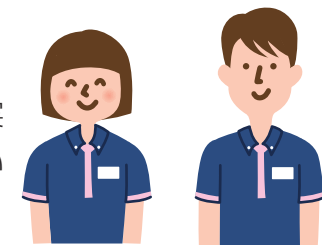
■リハビリ時間について

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

実習生を年間を通じて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提供する場合がございます。ご協力をお願いいたします。



職員へのお心づけは固くお断りしております。

M E M O

MEMO writing area with horizontal dashed lines.

非常時

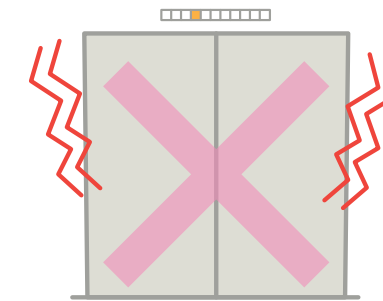
非常時・災害時の注意

■火災・その他の災害が発生した場合は、以下の点にご注意ください。

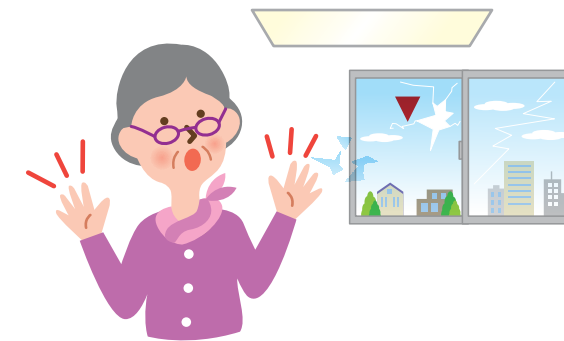
●非常放送が流れましたら、よくお聞きください。



●エレベーターは絶対に使用しないでください。



●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。



●あわてて外やベランダに飛び出さないでください。



●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。



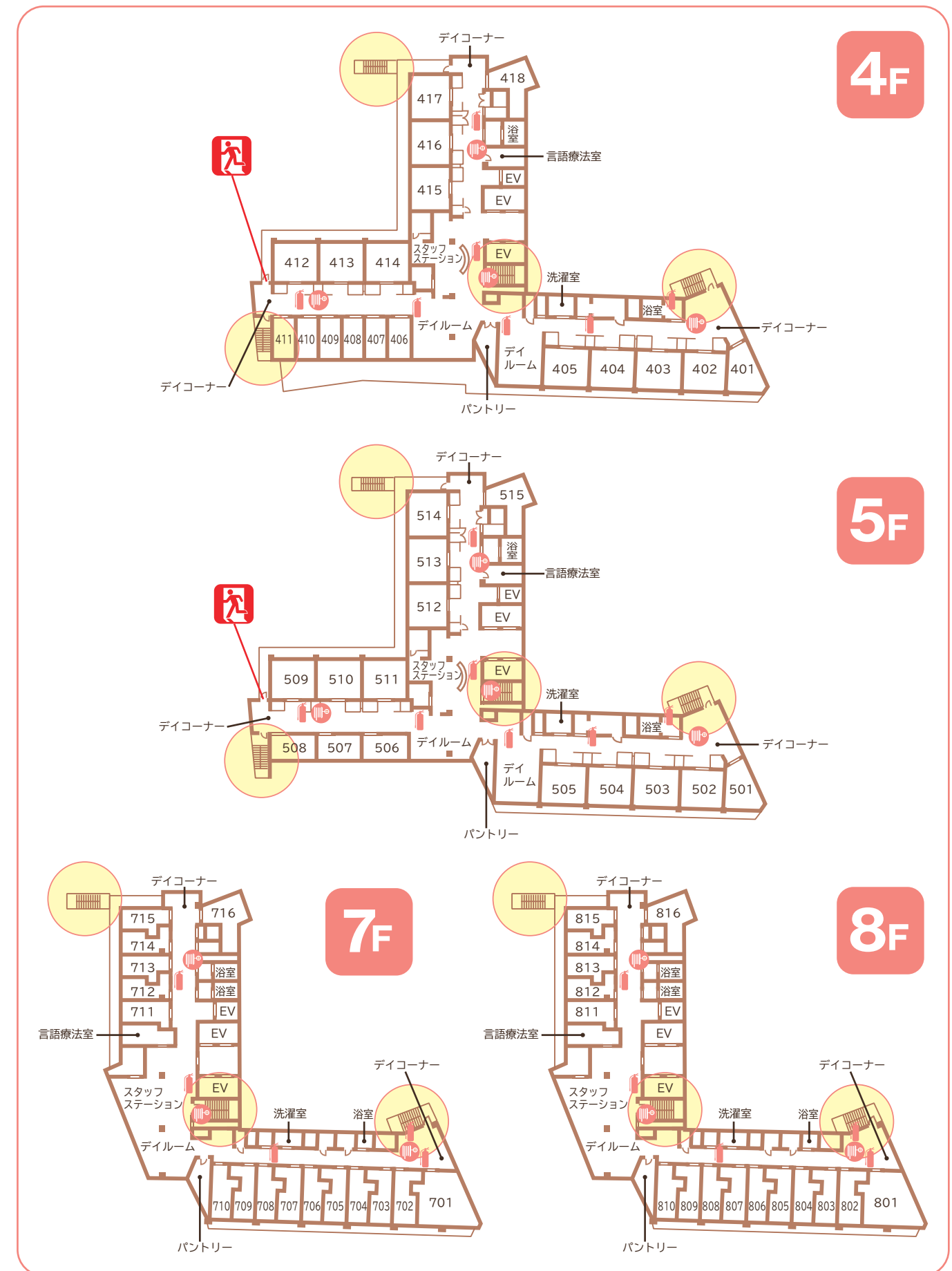
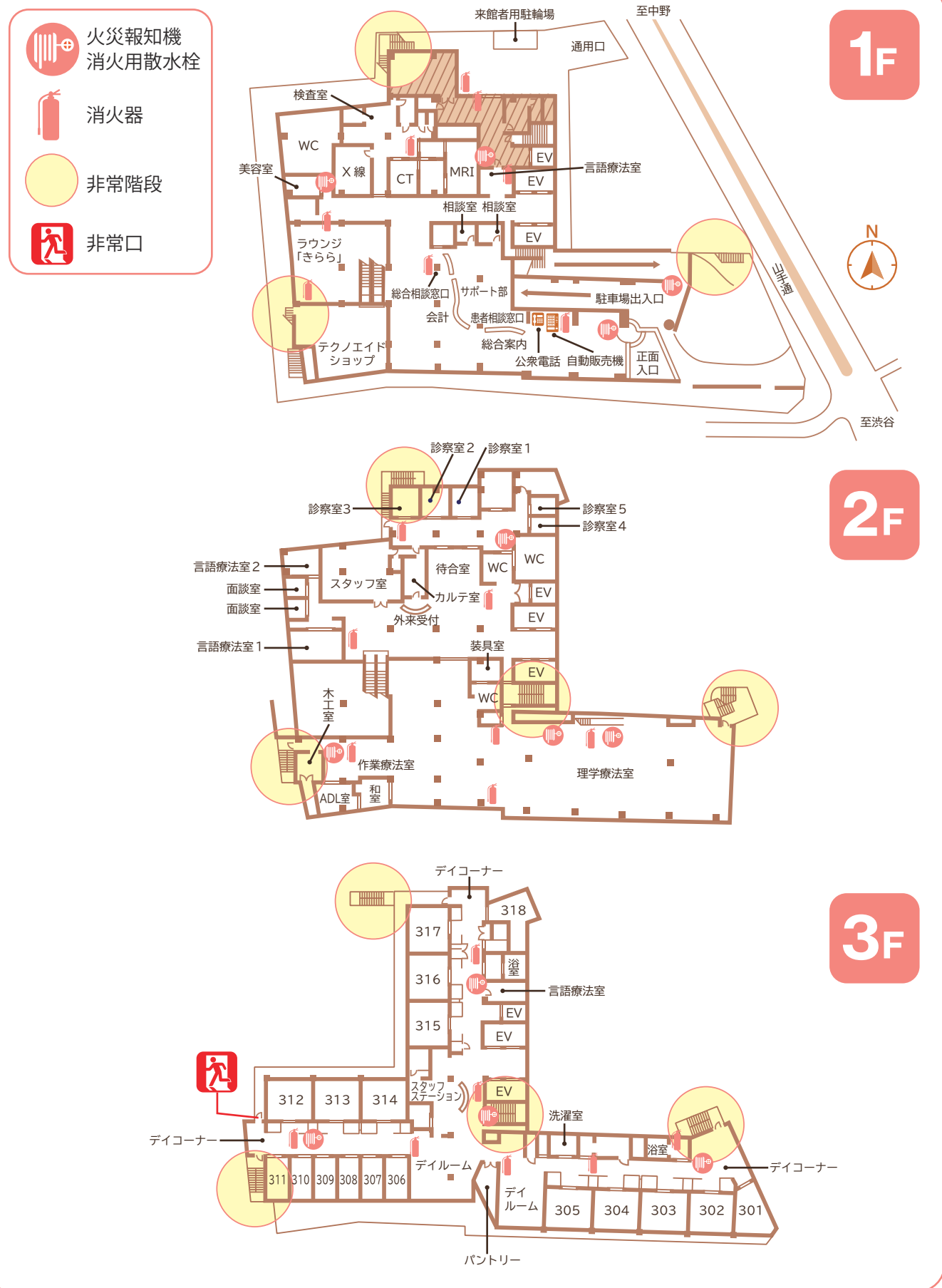
●不審物等が発見したら、周囲のスタッフにお知らせください。



▶ 避難経路・消火器の場所は、あらかじめ避難経路図 (P16・P17) で確認しておいてください

赤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。赤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。

避難経路図



院内施設

テクノエイドショップ 1F

福祉機器の他、身の回りの整容品や日用雑貨などを取り扱っております。

■営業時間

月～土曜日	午前9時～午後5時
日曜日	定休日

ご利用者さまに適した福祉機器(用具)の選び方、使用時の注意点、機器(用具)の機能や効果的な使い方など、ご案内いたします。

テクノエイドショップ(ライフステップサービス) (直通) 03-5365-8535



ラウンジ「きらら」 1F

軽食やケーキ、コーヒーをご用意しています。また営業時間外はラウンジとしてご自由にお使いいただけます。

■営業時間

月～土曜日	午前11時～午後5時(ラストオーダー午後4時30分)
日曜日	午後0時～午後5時(ラストオーダー午後4時30分)

■嚥下調整食について

ご予約頂くと外来患者さまにも、嚥下調整食をご用意できます。

提供食事形態	嚥下食2・嚥下食3・ソフト食をお出ししています。
料金	1食1,080円(お支払は「きらら」にてお願いいたします)
提供可能な時間	午前11時45分～午後1時30分

※ご希望日の1週間前までに1階「きらら」スタッフへご連絡ください。
 ※キャンセルの場合は、前日(午後5時)までに「きらら」へ直接ご連絡ください(電話も可)。当日のキャンセルは全額ご負担いただけます。

ご予約キャンセルは、病院代表電話におかけください。「きらら」におつなぎします。03-5365-8500

※感染対策のため2022年7月現在休業しております。
 営業の有無につきましては院内掲示・HP等の最新情報をご確認ください。



美容室 1F

車椅子のままでもシャンプーやカットを行う事ができます。ご利用の際は病棟クラークにお申し出ください。

■営業時間

火～土曜日	午前10時～午後6時
-------	------------



▶ 詳しくはP21をご覧ください。

駐車場のご案内

駐車場は、地下収納の機械式駐車場となります。

平面駐車スペースもわずかにございますが、外来患者さまを優先させていただいております。そのため、機械に入ることの出来ない車両に関しましては、原則ご入庫をお断りさせていただいております。予めご了承ください。ただし日曜日と平日午後6時以降は外来患者さま不在のため、機械に入ることの出来ない車両は、平面スペースへご案内いたします。(平面スペースに空きがある場合のみとなります)

■ご利用時間

午前7時～午後9時15分 (9時15分以降は出庫できません)

■駐車料金

昼間(午前7時～午後9時)	250円/30分
夜間(午後9時～翌午前7時)	150円/30分
当日最大料金(午前7時～午後9時)	2,500円

駐車されるお車のキーは管理室にてお預かりいたします。

患者さま優先のため、混雑状況によりご利用出来ない場合があります。ご協力ご理解の程、よろしくお願いいたします。

■駐車料金の割引について

お見舞い	当日の駐車料金より30分割引
外来	当日の駐車料金より60分割引

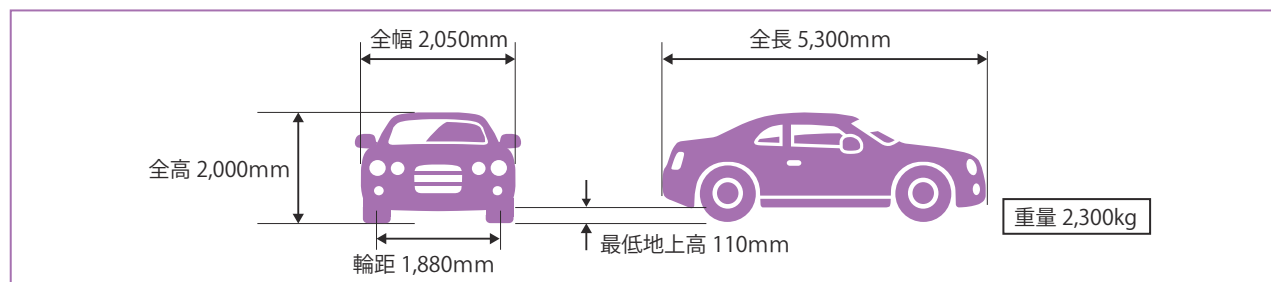
1F総合受付・会計で対応いたします。

駐車場利用に関するお問い合わせは初台リハビリテーション病院駐車場管理室まで
 お願いいたします。..... 03-5365-8532

■ご利用できない車両について

・キャリア付車両、車高の低い車両、車幅・長さのある車両、重量オーバーの車両、クラシックカー、ミラーのたためない車両、ペット等を乗せたままの車両、タイヤチェーン付の車両、鍵をお預け出来ない方は、近隣のコインパーキングのご利用をお願いしております。

■車両制限



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
4人床、2人床	室料差額なし	
306~311・406~411・506~508	34,100円 (31,000円)	
702~715	48,400円 (44,000円)	
716	66,000円 (60,000円)	浴室
701	88,000円 (80,000円)	前室・ミニキッチン・浴室
802~815	60,500円 (55,000円)	
816	77,000円 (70,000円)	浴室
801	110,000円(100,000円)	前室・ミニキッチン・浴室

- 上記は1日の料金です。個室は室内トイレ・洗面台・冷蔵庫・固定電話が標準装備です。
- 1日とは、午前0時(24時)を区切りとしています。そのため午後11時(23時)に入院の場合、午後11時(23時)から午前0時(24時)の1時間分が1日の計算となります。(例1泊2日の入院は、2日分の料金となります)

洗濯料金

■クリーニング

下着	150~300円
パジャマ	200~800円
ズボン	300~600円
タオル	100~400円
ブラウス	250~900円
その他	100~1,500円

■コインランドリー

自動洗濯機(1回)	100円
乾燥機(30分)	100円

- ※両替は病棟クラークへお声がけください。また、1階に両替機もございます。
- ※コインランドリーの洗剤は自動投入のため不要です。
- ※クリーニングをご利用の際は、各病棟クラークにお申し込みください。

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	
当院書式診断書	3,300円
身体障害者手帳・意見書	5,500円
生命保険入院・通院証明書	
障害年金診断書	11,000円

※その他文書についての料金は1階総合受付または病棟受付でおたずねください。

情報開示

レントゲンフィルムコピー(1枚)	1,100円
コピー代(診療録等)(1枚)	10円
画像データ CD-ROM (1枚)	1,100円

その他

おむつ(1枚)	19~91円
コピー(1枚)	10円
ファックス(1件)	110円

ご家族・ご面会の方のお食事

提供時間	昼食:午後0時20分~午後1時45分	ご家族・ご面会の方に同じお食事を ご用意することができます。 ※入院費用とともに請求させていただきます。
	夕食:午後6時10分~午後7時45分	

メニュー	昼食	夕食
やすらぎコース/和食・洋食(3階~7階病棟)	1,100円	1,650円
かがやきコース/和食・洋食(特別病棟)	2,200円	2,640円

- ※要予約:前日午前11時締切、病棟クラークにお申し込みください。
- ※大人数でのお申し込みについては、ご要望に添えない場合もございますので予めご相談ください。お申し込み締め切り時間後のキャンセルはお受けできません。

美容サービス

営業時間	毎週火~土曜日 午前10時~午後6時	※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
シャンプーセット(シャンプー・ブロー)	2,600円
男性カットのみ(カット・ブロー)	3,100円
男性カットセット(カット・シャンプー・ブロー)	4,100円
女性カットのみ(カット・ブロー)	4,100円
女性カットセット(カット・シャンプー・ブロー)	5,100円
カラー(カラー・シャンプー・ブロー)	6,200円
パーマ(パーマ・シャンプー・ブロー)	6,200円
カラー・カット・シャンプー・ブロー	9,200円
パーマ・カット・シャンプー・ブロー	9,200円
パーマ・カラー・カット・シャンプー・ブロー	15,300円

- ご予約はお申し込み順になりますのでご了承ください。
- 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、毛髪が著しく傷んでいる方は、パーマ・カラー(染髪)を当日お断りする場合もございます。
- シャンプーを含むメニューは、追加料金2,500円でトリートメントを承ることも出来ます。
- トリートメントのみのご利用はご遠慮いただいておりますのでご了承ください。
- ※料金はすべて税込表示です。
- ※料金表は2020年10月現在のものです。料金は予告なしに変更させていただく事がありますのでご了承ください。

お会計

入院費用のお支払いについて

お支払い回数と請求のメド

- 入院費用は、**月2回の請求**(お支払い)です。メドは毎月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**より配布開始しております。原則はご家族様に直接お渡し致しますが、郵送等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。**

1F会計窓口の取扱い時間 現金、デビットカード、クレジットカード

午前8時30分～午後5時30分(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。

お支払い方法

- 現金・銀行振込・デビットカード・クレジットカードがご利用いただけます。

・デビットカード

現在利用されている金融機関のキャッシュカードでお支払いいただけます。事前の手続きや手数料は一切ございません。一部ご利用いただけない金融機関がございますので、あらかじめご確認ください。

デビットカード・クレジットカードのご利用について

- 一括払いのみのご対応となります。
- 限度額等ご注意願います。ご利用になれない場合もございますのでご了承ください。
- 暗証番号が必要になる場合がございます。事前のご確認をお願いいたします。

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UFJ銀行 新宿西支店

預金種別番号：普通預金 1515216

口座名義：いりょうほうじんしゃだんきせいかい医療法人社団輝生会 りじちょう理事長 みずま水間 まさずみ正澄

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・2人床転床の際、**個室利用期間分入院費精算後、全額返金**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。
- お支払い後、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

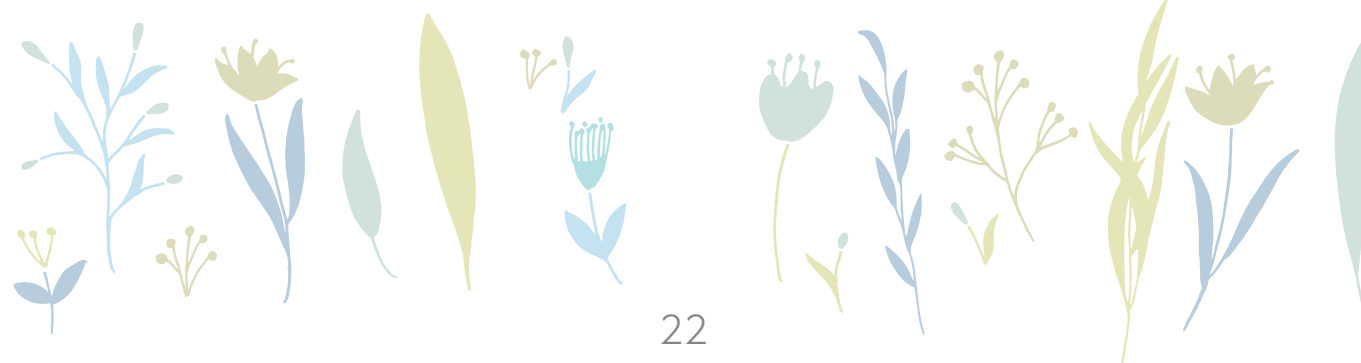
患者さまへのご請求に関し適正化を図るため月1回の保険証確認を行っております。毎月、入院費のお支払いの際に1階会計受付にご提示ください。

- 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1階総合受付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

●総合相談窓口について

総合相談窓口を1階に開設しております。

今後の生活の不安・制度関係の手続き・経済的な事等、ソーシャルワーカーに相談があるとき、どこに相談したらよいかわからないとき、お声をおかけください。



●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を各病棟に配置し、ご相談を承っております。各病棟に担当者がありますが、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P26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）・病棟クランク・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

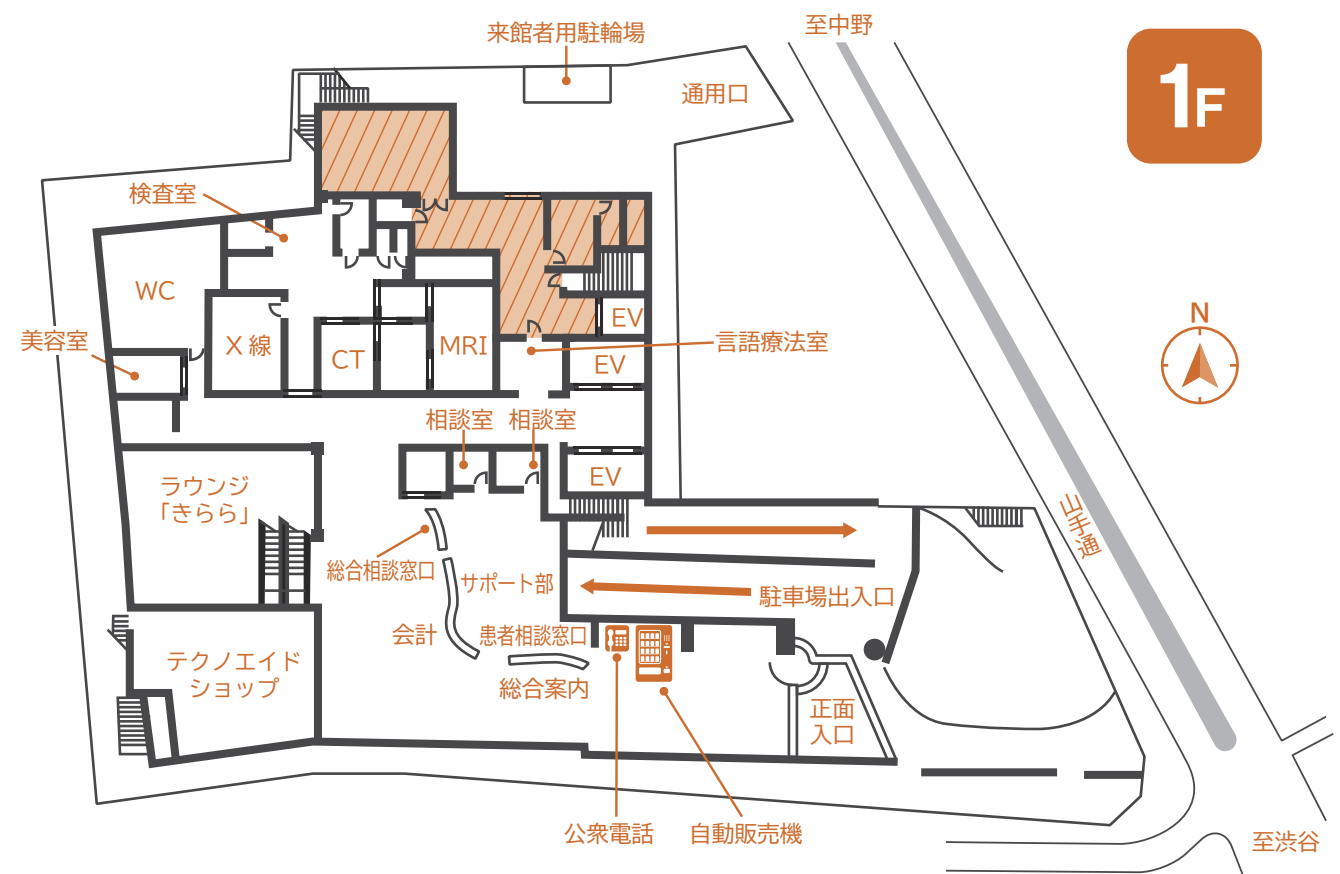
安全な医療（治療・リハビリ・ケア等）の提供について委員会を設け、事故防止対策や環境整備・改善などに積極的に取り組んでおります。院内における安全についてご質問やお問い合わせがございましたら、マネジャー（病棟責任者）や総合相談窓口にお寄せください。

●その他

病棟で相談できないなど、どこに相談したらよいかわからないときは、1階に総合相談窓口を設置しております。

●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。



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、その情報を第三者^{*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}:第三者とは、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。

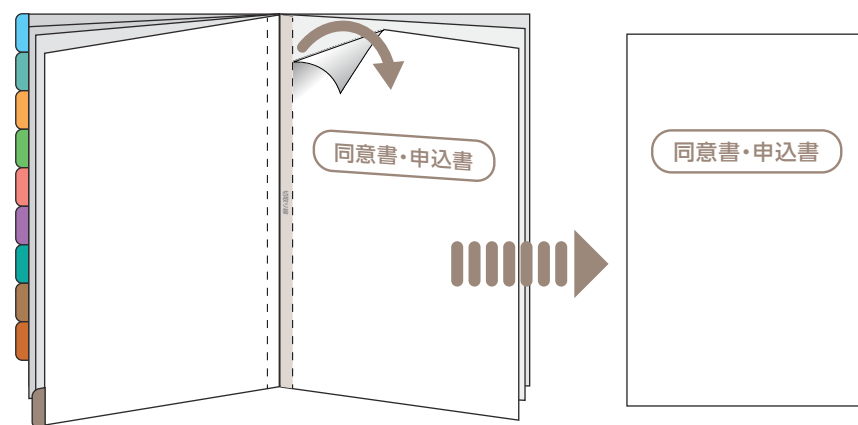
情報開示に関わる費用について



詳しくはP21をご覧ください。

同意書・申込書

- ① 入院誓約書(記入例)
- ② 入院誓約書
- ③ 特別療養環境室(差額ベッド)入室申込書
- ④ 入院保証金に係る同意書
- ⑤ 医療安全対策に係る患者認証カードについての同意書
- ⑥ MRI検査を受ける方へ
- ⑦ 入院時間診表



同意書・申込書は記入後、切り線から切り離し
担当スタッフにお渡しください。

M E M O

MEMO section with horizontal dashed lines for writing.

記入例

入院誓約書

全てを記入の上、入院日に必ずご提出ください。

私は入院にあたり、連帯保証人と連署の上、下記事項に誓約いたします。
記

(4床室及び個室入院の患者さま)

- 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、その他の諸料金は本人または連帯保証人が滞りなく支払います。
3. 本人の身元につきましては、家族連帯保証人が一切を引き受けます。
4. 退院・転院につきましては、主治医の指示に従います。
5. 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、貴院や他の入院患者

行為を行い、退院を命ぜられた場合は、速やかに退院し、貴院の施設・備品等に損害を与えた場合には、保証人と連帯して弁償します。貴重品などの持込品は自分で管理し、万一、盗難や紛失などがあっても貴院に迷惑をかけません。

入院年月日 2020年4月30日

Form with fields for patient (初台 太郎), bank (初台 本町), applicant (初台 花子), and guarantor (初台 一郎) including names, addresses, and contact info.

私(連帯保証人)は、上記入院者の入院中の医療費等について未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。なお、保証額の上限は ① 1,000,000円 または ② 3,000,000円 ③ 5,000,000円 までとします。

(①は4人床への入院の場合 ②は701・716・801・816号室以外の個室入院の場合 ③は701・716・801・816号室の個室) 保証額を超えて治療が必要になったときは、入院誓約書を改定して新たな保証額について協議をすることに合意します。

Form for guarantor (初台 一郎) including name, address, and workplace information.

※連帯保証人は、別所帯で生計を営む成人の方になってください。 ※連帯保証人の記載は自筆でお願いいたします。 連帯保証人様の条件

入院誓約書

私は入院にあたり、連帯保証人と連署の上、下記事項に誓約いたします。
記

(4床室及び個室入院の患者さま)

- 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、その他の諸料金は本人または連帯保証人が滞りなく支払います。
3. 本人の身元につきましては、家族連帯保証人が一切を引き受けます。
4. 退院・転院につきましては、主治医の指示に従います。
5. 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、貴院や他の入院患者さま等に迷惑をかける行為を行い、退院を命ぜられた場合は、速やかに従います。
6. 故意または過失により貴院の施設・備品等に損害を与えた場合には、保証人と連帯して弁償します。
7. 貴重品などの持込品は自分で管理し、万一、盗難や紛失などがあっても貴院に迷惑をかけません。

入院年月日 年 月 日

Form with fields for patient, bank, applicant, and guarantor, similar to the example but without pre-filled data.

私(連帯保証人)は、上記入院者の入院中の医療費等について未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。なお、保証額の上限は ① 1,000,000円 または ② 3,000,000円 ③ 5,000,000円 までとします。

(①は4人床への入院の場合 ②は701・716・801・816号室以外の個室入院の場合 ③は701・716・801・816号室の個室) 保証額を超えて治療が必要になったときは、入院誓約書を改定して新たな保証額について協議をすることに合意します。

Form for guarantor, similar to the example but without pre-filled data.

※連帯保証人は、別所帯で生計を営む成人の方になってください。 ※連帯保証人の記載は自筆でお願いいたします。

初台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

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。

	お部屋番号	税込料金	税抜料金
	306~311・406~411・506~508	34,100円	(31,000円)
	702~715	48,400円	(44,000円)
	716	66,000円	(60,000円)
	701	88,000円	(80,000円)
	802~815	60,500円	(55,000円)
	816	77,000円	(70,000円)
	801	110,000円	(100,000円)

適用日 年 月 日

患者氏名	
------	--

申込者(料金支払者)

住 所	〒
氏 名	
患者との関係(続柄)	
連絡先電話番号	

医療機関側説明者(説明を行った年月日: 年 月 日)

氏 名		確認印	印
-----	--	-----	---

初台リハビリテーション病院 院長 殿

入院保証金に係る同意書

私は貴院に入院するにあたり、特別療養環境室(差額ベット)入室申込をし、その設備、料金に関する説明を受けましたので、当該入院に際し入院保証金として、下記に記載する室料差額の15日分を入院日当日までに支払うことに同意いたします。

	お部屋番号	税込料金(税抜料金)	保証金額
	306~311・406~411・506~508	34,100円(31,000円)	511,500円
	702~715	48,400円(44,000円)	726,000円
	716	66,000円(60,000円)	990,000円
	701	88,000円(80,000円)	1,320,000円
	802~815	60,500円(55,000円)	907,500円
	816	77,000円(70,000円)	1,155,000円
	801	110,000円(100,000円)	1,650,000円

適用日 年 月 日

患者氏名	
------	--

申込者(料金支払者)

住 所	〒
氏 名	
患者との関係(続柄)	
連絡先電話番号	

医療機関側説明者(説明を行った年月日: 年 月 日)

氏 名		確認印	印
-----	--	-----	---

※原則として入院保証金は退院時又は4人床・2人床転床の際に誓約書に記載されたご指定の口座に全額返金と致します。

初台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」の作成の為に写真撮影を行い、その写真を使用することに同意致します。

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 年 月 日

申込者

患者氏名	
代理人氏名 <small>※本人の場合は記入の必要はありません</small>	患者との関係（続柄）：（ ）

医療機関側説明者（説明を行った年月日： 年 月 日）

氏 名		確認印	印
-----	--	-----	---

MRI検査を受ける方へ

当院では入院時に頭部や脊椎などのMRI検査を、大部分の患者様に対して実施しています。

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があります。

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)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・入れ歯 (ただし外せない歯は除く)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・義眼・義手・義足など	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・補聴器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・貼り薬	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・心臓ペースメーカー・人工弁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・可変バルブ付きシャント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・人工関節などの体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・人工内耳などの人工臓器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・その他の手術経験				
その他手術経験有りとお答えの方は 何年前のどんな手術ですか	((年前))
・てんかん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・喘息	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・不整脈	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・刺青(アートメイク含む)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・遠赤外線素材の着衣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・磁石式カテーテルキャップ(DIBキャップなど)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		※スタッフ確認項目

入院時間診表

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優先順位順に記載して下さい。

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
③氏名	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。

1. 発症・受傷前の生活について教えてください。

アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
視力	右	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	
	左	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	
	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
	コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
聴力	右	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
	左	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
	補聴器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左
栄養	食欲	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	偏食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	間食	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
	義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 総て	<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下
嗜好	飲酒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	1日の量	mL
	喫煙	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	1日の本数	本 喫煙年数 年
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	便意	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
	便秘	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	対処方法	
	下痢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	対処方法	
	オムツの使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
月経	<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 歳		妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
睡眠	寝具	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団			
	睡眠時間	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 浅眠	<input type="checkbox"/> 断眠	
	無呼吸	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
	いびき	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		

裏面も記入をお願いします

