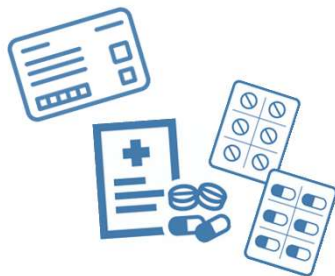


入院のしおり

1

入院時に必要なもの

- ☐ マイナンバーカード または 健康保険証 または 資格確認書
- ☐ 診察券
- ☐ 印鑑
- ☐ 飲んでいるお薬、おくすり手帳
- ☐ 退院証明証（3か月以内に他医療機関へ入院されていた場合）
＊入院について正しく申告されなかった場合、後日入院費の一部が自己負担になることがありますので、ご注意ください
- ☐ その他医療受給者証（該当者のみ）
 - ・介護保険被保険者証
 - ・福祉医療費受給資格者証
 - ・後期高齢者医療被保険者証
 - ・高齢者受給者証
 - ・障害者手帳
 - ・高額療養費限度額適応認定証



日用品

当院では患者さんがご入院中に必要とされる「寝衣・タオル類・日用品」のレンタルを医療関連の専門業者に委託しております。詳細は入院のしおりに同封しております「入院セットのご案内」をご参照ください。入院セットのレンタルを希望されない場合、以下のものをご用意ください。

- ☐ 寝衣1～2セット、下着2～3セット、タオル5枚程度（各自でお持ち帰り洗濯をお願いします）
- ☐ ティッシュペーパー、ウェットティッシュ ☐ コップ2個
- ☐ 歯ブラシなど口腔ケア用品 ☐ 洗面用具（シャンプー・リンス、せっけんなど）

履物のレンタルはございませんので、履きなれた運動シューズまたは介護用靴をご用意ください。男性の方は、電気髭剃り（T字髭剃りは安全上お断りしております）をご用意ください。

- ＊ご持参されるものすべてに油性黒マジックで記名をお願いします
- ＊ハサミ、刃物、ライター等の危険物持ち込みは固く禁止しております
- ＊1階ロビーに売店あり（営業時間：平日 8:30～16:00、土曜 8:30～13:00、日曜祝日 休み）

2

入院生活について

- 床頭上に金庫がございますが、盗難防止のため多額の現金・貴重品等は持ち込まないようお願いします。
- 万が一紛失した場合、当院では一切の責任を負いかねます。また現金・貴重品等のお預かりはお受けしていません。金庫の鍵は、ご自身で管理していただきますようお願いいたします。
- 入浴は、病状に応じ医師の許可のもと、平日にご利用いただけます。
- 特別に許可があった場合を除いて、食事・飲料の持ち込みはご遠慮ください。
- 飲料は飲料プランのご契約か院内購入いただくこととなります。
- 食べ物のアレルギー等がある場合は、職員に必ずお申し出ください。
- 消灯時間は午後9時です。
- 外出・外泊は医師の許可が必要です。外出・外泊を希望される場合は、事前にお申し出ください。
- テレビ・冷蔵庫の利用には1日につき利用料がかかります。

3

安全に快適に過ごしていただくために

転倒・転落の防止

- 履物は、かかとがあるゴム底の介護用靴などを着用ください。
- 杖やメガネ等、愛用品があればお持ちください。
- 必要時には遠慮なくナースコールでお呼びください。
- また、転落防止・安全のために必要に応じて、行動制限をする場合がありますので、入院時に医師より説明の上、同意をいただいております。

せん妄の予防

- 「せん妄」とは、入院による急な環境の変化や脱水、感染、貧血、薬物など、からだに何らかの負担がかかったとき、一時的に意識が混乱する状態で、一見すると認知症と間違われやすいですが、全く異なる病気です。
- 高齢の方や認知機能の低下がある方などは発症しやすく、せん妄を予防するために、入院前の習慣を継続する、昼夜のめりはりをつけるなどの対策を行います。

褥瘡の予防

- 病状によりますが、患者さんの体の向きを定期的に変換します。
- 必要に応じ、クッションの準備をお願いする場合があります。
- また、皮膚保護の目的で、保湿剤やアームカバーなどの準備をお願いする場合があります。

4

面会について

感染症流行状況などにより面会時間の変更や面会中止となる場合があります。

詳しくは、当院ホームページをご確認いただくか、スタッフに問い合わせください。

- 未就学児の面会をご遠慮ください。
- 院内ではマスクの着用をお願いいたします。
- 症状の問い合わせ、洗濯物や私物の受け渡しについては面会時をお願いします。病院への郵送はご遠慮ください。



5

駐車場について

- 当院は病院正面の向かい側に、来院専用駐車場を設けております。出庫時にご精算ください。
- 入院日と退院日については、1台を2時間まで無料とさせていただきます。
- 駐車場内での事故・盗難については、責任を負いかねますので、ご注意ください。

入院費は1ヶ月に1回の請求(入院中)と退院時の請求があります。

*詳しくは、病棟事務担当に相談ください。

- 入院費用の計算締め日は月末としており、請求書は翌月15日頃にお知らせします。
- 退院日は当日にご精算となります。
- お支払いは1階の受付会計で、できるだけ3日以内にお支払いくださいますようお願いいたします。
- 現金またはクレジットカード(JCB、VISA、Mastercard)がご利用いただけます。
- 食事代は所得区分に応じて食事療養標準負担額を自己負担します。別紙をご参照ください。
- 室料差額料金および保険外診療費については別紙「諸料金規定」をご参照ください。
- 同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の自己負担が高額になった場合、「高額医療費制度(払い戻し)」の利用で自己負担限度額を超えた支払額が払い戻される制度がございます。健康保険組合や区役所にてご確認ください。
- 請求上限額確認のため月に1回保険証を提示してください。
- 診療報酬制度により入院中の他院受診は原則禁止となっております。ご家族の方が、かかりつけ医にお薬をもらいに行くこともできません。入院中にもかかわらず他の医療機関から診療報酬が請求されると請求した医療機関が、不正請求を行ったと推察される場合もあります。
- 特別なお薬等が必要なものには当院の医師が、かかりつけ医に依頼し支払い方法を含めた相談を行うこととなります。

当院では、安心して住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、患者さんやご家族からの相談に対して退院支援専門の職員を配置しております。

お困りの時は、相談員が対応いたしますので、お気軽にご相談ください。

- 入院費や生活費等の経済的な問題について
- 退院後の生活や在宅介護について
- 介護保険サービスについて
- 転院や施設入所について
- 入院生活での悩み事について
- 福祉制度や手続きについて



- 当院での個人情報の取り扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」等を遵守しております。
- 患者さんから収集した個人情報は、厳重に管理し、当院での診療のための利用、第三者への情報提供、診療費請求のための事務等の範囲で利用させていただくことがあります。同意したもので患者さんからの申し出によりいつでも変更することが可能です。
- 詳細は別紙「個人情報の利用に関する説明・同意書」をご参照ください。

- 医療の提供は、患者さんと医療機関側の信頼関係に基づきます。
- 皆様が快適に療養いただけるように、院内ルールを定めております。院内ルールをお守りいただけない場合は、病状に関わらず退院して頂く場合があります。
- 当院が所有する建物を含む全ての備品については大切にお使いください。破損もしくは紛失した場合は、損害金の全額をお支払いいただきます。
- 患者さんと職員の安全を守り、診療を円滑に行うために、暴言・暴力及び威圧的・脅迫的な言動及び行為、器物破損、性的嫌がらせ等業務の遂行に支障を生じさせる行為などは禁止いたします。状況に応じて警察に通報させていただき、今後の診療をお断りさせていただきます。
- 病状や治療上の都合により病棟・病室が変わる場合があります。同一病棟の病室変更の際には、ご家族には連絡しておりませんので、ご理解ご協力をお願いします。
- 病室はご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。
- 当院は敷地内(駐車場含む)と病院建物内全てで喫煙と飲酒を禁止しています。
- 当院では個人情報、プライバシー保護の観点から許可なくビデオ機器や携帯電話、録音機等を用いた写真・動画撮影、録音することをお断りしております。
- 患者さんには知る権利があり、最終的な治療方針の決定をするのは、患者さん自身です。分からないことは納得がいくまでお尋ねください。また、セカンドオピニオンをご希望の方はお申し出ください。

病院理念

つなぐ、ささえる

医療



地域

= 安心

地域、患者、職員にとって舞子になくてはならない病院となります



医療法人 浩生会
舞子台病院

〒655-0046
兵庫県神戸市垂水区舞子台7-2-1
TEL 078-782-0055

入院にかかる費用について

1. 入院費 ☐ 内容を確認しました

入院費は1ヶ月に1回の請求（入院中）と退院時の請求があります。

入院費用の計算締め日は、月末としており、請求書は翌月15日頃にお知らせします。

退院費用は当日精算になります。

お支払いは1階の受付会計で、できるだけ3日以内にお支払いくださいますようお願いします。現金またはクレジットカード（JCB、VISA、Mastercard）がご利用いただけます。

食事代は所得区分に応じて食事療養標準負担額を自己負担します。

別紙をご参照ください。

*詳しくは、病棟事務担当に相談ください。

2. 保険外負担料金 ☐ 内容を確認しました

日常生活上のサービスに係る費用、室料差額料金、公的保険給付とは関係のない文書の発行などは実費でのご負担となります。別紙「諸料金規定」をご参照ください。

3. 入院セット ☐ 内容を確認しました

当院では患者さんがご入院中に必要とされる「寝衣・タオル類・日用品」のレンタルを医療関連の専門業者に委託しております。

利用状況に応じての定額制となっており「株式会社増田医科器械」からの請求となります。

ご自身で持ち込みも可能ですが、各自でお持ち帰り洗濯をお願いしております。

4. テレビ申込書 ☐ 内容を確認しました

当院ではテレビ、ポータブルDVD等の持ち込みを禁止させて頂いております。テレビの使用を希望される方は申し込み書が必要となります。

テレビ使用料金 1日 ￥500（税込み）

テレビ使用時は必ずイヤホンをお使いください。故意もしくは過失によりテレビを破損した場合やリモコンを破損、紛失した場合は弁償または修理費をいただきます。

テレビ初回契約時はイヤホン1本付属しています。2本目以降は￥200で販売となりますので病棟スタッフまでお申し付けください。

入院に際しての費用等は滞ることなく支払いすることを約束し、
万一支払いが滞る場合、保証人が責任をもって支払いいたします。

			令和	年	月	日	
① 患 者	フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成			性別
	氏名			年	月	日	男・女
	住所	〒					
	電話	自宅 ()			携帯 ()		

② 連 帯 保 証 人	フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成			性別
	氏名			年	月	日	男・女
	住所	〒					続柄
	自宅電話	()			日中の連絡先 名称 ()		
	携帯電話	()					

※連帯保証人は、診療費の支払能力がある方とし身元引受人を兼ねる。

◆請求書の郵送を希望されますか？ いいえ・はい
送付先：① ② その他：③

③ 請 求 書 郵 送 先	フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成			性別
	氏名			年	月	日	男・女
	住所	〒					続柄
	自宅電話	()			日中の連絡先 名称 ()		
	携帯電話	()					

※請求書を郵送希望の方はこちらにご記入をお願いします。

※郵送料を別途頂戴いたします。

病院側	説明者
/	

2025. 7. 1 改訂

入院に関する説明・同意書

- ① 病状や治療上の都合により病棟・病室が変わる場合があります。病室はご希望に添えない場合もあります。
- ② 退院の指示（規則違反による強制退院も含む）があった場合は、指定日までに遅延なく退院していただきます。
- ③ 皆様が快適に療養いただけるように、院内ルールを定めております。院内ルールをお守りいただけない場合は、病状に関わらず退院して頂く場合があります。
- ④ 多額な現金、貴重品（クレジットカード、キャッシュカード、貴金属等）、刃物等の危険な物は、原則院内へ持ち込まないでください。万が一紛失や盗難にあった場合は当院では一切の責任を負いかねます。
- ⑤ 当院が所有する建物を含む全ての備品については大切にお使いください。破損もしくは紛失した場合は、損害金の全額をお支払いいただきます。
- ⑥ 当院の敷地内（駐車場を含む）と病院建物内全てで喫煙と飲酒を禁止しています。
- ⑦ 医師の許可なく外出、外泊はできません。
- ⑧ 医師の許可なく飲食物の持ち込みを禁止しています。
- ⑨ 患者さんと職員の安全を守り、診療を円滑に行うために、暴言・暴力及び威圧的・脅迫的な言動及び行為、器物破損、性的嫌がらせ等業務の遂行に支障を生じさせる行為などは禁止いたします。状況に応じて警察に通報させていただき、今後の診療をお断りさせていただきます。

医療法人浩生会 舞子台病院 病院長

上記の入院に関する説明内容を理解した上で、入院することを同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名

患者以外の同意者氏名

患者との関係（配偶者・子・親・その他（ ））

個人情報の利用に関する説明・同意書

当院での個人情報の取り扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」等を遵守しております。

患者さんから収集した個人情報は、下記の範囲で利用させていただくことがあります。

下記の内容は、同意したものでも患者さんからのお申し出によりいつでも変更することが可能です。

1. 当院内部での利用

- 患者さんに提供する医療サービス及び医療請求、会計等
- 入退院等の病棟管理
- 医療事故等の報告

2. 第三者への情報提供

- 他の病院、診療所、薬局、介護サービス事業者等との連携
- 検体検査業務の委託等及びその他の業務委託
- 診療にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ご家族への病状説明（患者さんの意向に沿った対応をとります）

3. 診療費請求のための事務

- 審査支払機関又は保険者へのレセプト提供及び照会・回答
- 事業者からの委託を受けて健康診断を行った場合における、事業者への結果通知
- 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出

4. 上記以外の利用目的

- 医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 当院内において行われる医療実習への協力
- 医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究
- 外部監査機関への情報提供
- 医療関連の学会・研究会等への報告・統計等（個人が特定されない形で利用します）

医療法人浩生会 舞子台病院 病院長

上記の個人情報の使用に関する説明内容を理解した上で、同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名

患者以外の同意者氏名

患者との関係（配偶者・子・親・その他（ ））

テレビのご使用について

当院では、テレビ、ポータブルDVD 等の持ち込みを禁止させていただいております。テレビの使用をご希望される方は、貸テレビをご利用ください。

テレビ使用料金 1日 ￥500(税込み)

【使用期間】 下記の申込書をご記入の上、病棟詰所にお申し込みください。

【使用停止】 病棟詰所までお申し出ください。

【使用料】 入院料請求書で請求させていただきます。

【注意事項】 テレビ使用時は、必ずイヤホンをお使いください。故意もしくは過失によりテレビを破損した場合やリモコンを破損、紛失した場合は、弁償又は修理費をいただくことがあります。

テレビ初回契約時は、イヤホン1本付属しております。

2本目以降は￥200で販売となりますので病棟スタッフまでお申し付けください。

テレビ使用申込書

上記に記載事項につきまして承諾の上、下記の通りテレビの使用を申し込みます。

患者氏名

使用開始日 年 月 日

申込日 年 月 日

個室 ・ 2人部屋 使用申込書

【 個室使用料の内訳 】

舞子台病院

個室A療養病棟2階（8，800円） 201 202 203 205 206 207 208 209 号室
個室A一般病棟3階（8，800円） 301 306 307 308 号室
個室A地域包括3階（8，800円） 302 303 305 号室
個室B一般病棟3階（5，500円） 300 号室
2人室A一般病棟3階（4，400円） 323 号室
2人室B療養病棟2階（3，300円） 223 号室
2人室B一般病棟3階（3，300円） 318 号室

◇患者様の状態に応じてお部屋を代わっていただく場合がございますが何卒ご了承のほどお願い致します。

令和 年 月 日

舞子台病院 院長 殿

貴院で入院加療を受けるにあたり、個室もしくは2人部屋の使用を申し込みます。

個室・2人部屋

個室使用料_____円

◆患者氏名◆

㊞

住所

◆保証人◆

㊞

住所

【文書作成料】

種類	1通の料金
証明書(院内書式使用)	550円
診断書(院内書式使用)	3,300円
死亡診断書	5,500円
死亡診断書複写料	1,100円
保険会社等診断書	5,500円
特殊診断書(書式記載のみ)	7,700円
特殊診断書(書式記載及び測定)	11,000円

名称	料金
おむつ名(かんたん装着パッドレギュラー)	1枚あたり 50円
おむつ名(外モレ安心さらさらパッド)	〃 70円
おむつ名(長時間安心さらさらパッドプレミアム)	〃 80円
おむつ名(一晩中SkinConditionスーパ－)	〃 100円
おむつ名(リハビリパンツレギュラーS)	〃 120円
おむつ名(リハビリパンツレギュラーM)	〃 130円
おむつ名(リハビリパンツレギュラーL)	〃 140円
おむつ名(一晩中SkinConditionウルトラ)	〃 140円
おむつ名(リハビリパンツレギュラーLL)	〃 160円
おむつ名(横モレあんしんテープ止めS)	〃 160円
おむつ名(横モレあんしんテープ止めM)	〃 170円
おむつ名(のびーるフィットテープ止めS～M)	〃 170円
おむつ名(一晩中SkinConditionエクストラ)	〃 170円
おむつ名(のびーるフィットテープ止めL)	〃 190円
おむつ名(介護用シート)	〃 190円
おむつ名(横モレあんしんテープ止めL)	〃 200円
おむつ名(横モレあんしんテープ止めLL)	〃 220円
通常のオムツ	1日につき 600円
リハビリパンツ	〃 400円
バルーン設置時オムツ	〃 300円
テレビ使用料	1日につき 500円
イヤホン代	1個につき 200円
ねまき	1セット 2,750円
付添い寝具(1日目)	300円
付添い寝具(2日目)	150円
床頭台備え付け冷蔵庫使用料	1日につき 100円
死後処置料	実施日 11,000円
診察券再発行料	1個につき 100円
画像記録(CD-R)	1枚につき 550円

保険外負担に係る費用の同意書

令和 年 月 日

住所

患者氏名

印

◆◆◆入院費用とお支払いについて◆◆◆

入院費用の計算締め日は、月末としております。請求書は翌月 15 日頃に、お知らせいたします。退院日には当日もしくは前日に精算いたします。1 階の受付会計係でお支払い下さいますようお願いいたします。入院中のお支払いはできるだけ 3 日以内でお願いいたします。振込みでもお受けいたします。詳しくは病棟事務担当に相談ください。

自己負担限度額について（70歳未満の方の区分）

所得区分	自己負担限度額	多数該当
①区分ア	252,600円 + (総医療費※1 - 842,000円) × 1%	140,100円
②区分イ	167,400円 + (総医療費※1 - 558,000円) × 1%	93,000円
③区分ウ	80,100円 + (総医療費※1 - 267,000円) × 1%	44,400円
④区分エ	57,600円	44,400円
⑤区分オ（低所得者）	35,400円	24,600円

※総医療費とは保険適用される診察費用の総額（10割）です。

※療養を受けた月以前の 1 年間に、3 ヶ月以上の高額療養費の支給を受けた場合には、4 ヶ月目から「多数該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減されます。

70歳以上の方の区分

所得区分	自己負担限度額	多数該当
現役並みⅢ	252,600円 + (総医療費※1 - 842,000円) × 1%	140,100円
現役並みⅡ	167,400円 + (総医療費※1 - 558,000円) × 1%	93,000円
現役並みⅠ	80,100円 + (総医療費※1 - 267,000円) × 1%	44,400円
一般所得者Ⅱ	57,600円	
一般所得者Ⅰ	57,600円	
低所得者Ⅱ	24,600円	
低所得者Ⅰ	15,000円	

◆◆◆入院したときの食事代◆◆◆

入院したときの食事代は、所得区分に応じて以下の食事療養標準負担額を自己負担します。

低所得者 1・2の方が食事代の減額を受けるためには限度額認定証を入院時に医療機関に提示する必要があります。

食事療養標準負担額

2025年4月1日改定

所得区分		1食あたりの食事代
現役並み所得者	一般	510円
	指定難病患者等	300円
低所得者 2	90日までの入院	240円
	90日を超える入院	190円
低所得者 1		110円

療養病床に入院したときの居住費

所得区分		1日あたりの居住費
現役並み所得者	一般	370円
	指定難病患者等	300円
低所得者 2	90日までの入院	370円
	90日を超える入院	370円
低所得者 1		370円

高額な医療費を支払ったとき

高額療養費とは、同一月（1日から月末まで）にかかった医療費の自己負担が高額になった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた分が、あとで払い戻される制度があります。健康保険組合や区役所にて、ご確認ください。

取り扱い可能クレジットカードは以下の通りです。

(JCB VISA MASTERカード)

※※※請求上限額確認のため月に1回保険証を提示してください※※※

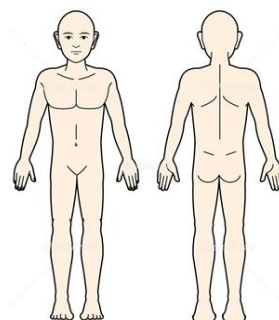
入院時間診用紙

記載日 年 月 日

入院日: 年 月 日				
患者氏名:		性別:	職業:	
生年月日:		年齢:		
どなたとお住まいですか?				
携帯電話		自宅電話		
緊急連絡先(優先順位の高い方から記入ください)				
優先	氏名	居住区	続柄	連絡先
①				
②	氏名	居住区	続柄	連絡先
③	氏名	居住区	続柄	連絡先
Q1 最近の身長と体重を教えてください。 身長 cm・体重 kg				
Q2 今回の病気について入院されるまでの経過を教えてください。 (いつ頃から、どのような症状があり、どのようにされましたか)				
Q3 現在の病気について、どのように説明を受けておられますか?				
Q4 今までに怪我や病気で入院や治療を受けたことはありませんか? 《例》○歳 虫垂炎 手術○○病院 ○歳から高血圧 ○○病院で薬を貰っている				
Q5 今までに食物でアレルギーが出たことはありますか? 卵・乳・小麦・そば・ナッツ類・えび・かに・鯖・その他()				
Q6 薬でアレルギーや副作用は出たことはありますか?				
⇒裏面のご記入もお願いします				

※ あてはまる所に○を付けてください。

Q1 現在お薬を飲まれていますか？ いいえ ・ はい (当院 ・ 他院) はいの場合薬の管理はどなたがされていますか？ () *****はいの方は入院時に必ず薬をお持ちください*****
Q2 現在飲まれている市販薬やサプリ・健康食品はありますか？ ない ・ ある ()
Q3 今までに輸血をしたことがありますか？ ない ・ ある (歳の時)
Q4 食欲はありますか？ ある ・ ない
Q5 食べられないものはありますか？ ない ・ ある ()
Q6 アルコールは飲まれますか？ 飲まない ・ 飲む (ビール 本/日、日本酒 合/日) その他 (/日)
Q7 喫煙されますか？【過去の喫煙含む】しない ・ する (本/日) (年)
Q8 便は何日おきに出ていますか？ 毎日 ・ 2日に1回 ・ 3日に1回 ・ 4日以上 便の硬さはどうですか？ 下痢 ・ その他 () 下剤を飲むことはありますか？ 飲まない ・ 飲む (毎日 ・ 適宜) 薬の名前 ()
Q9 尿は1日何回ぐらいでますか？ () 回 夜中に排尿のために起きますか？ 起きない ・ 起きる () 回 尿の出にくい感じや、残った感じはありますか？ ない ・ ある
Q10 特定疾患・身障者手帳・介護保険などをお持ちですか？ ない ・ ある ある場合どのようなものを持っているかご記入ください。 () 介護度:認定なし 要支援 I ・ II 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
Q11 下記のものを使用されていますか？ 義歯 ない ・ ある (部分 上 ・ 下 総入れ歯) 取り外し 可 ・ 不可 眼鏡 ない ・ ある (眼鏡 ・ コンタクト) 補聴器 ない ・ ある (右 ・ 左)
Q12 日常生活の介助の必要性は、どの程度でしょうか？ 歩行: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 衣服の着脱: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 排泄: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 会話: 問題なし ・ 問題あり 食事: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 入浴: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
Q13 夜はよく眠れますか？ 良眠 ・ 不眠 睡眠薬を服用されますか？ 無 ・ 有 (有れば薬品名)
以下は看護師が記載します。 ※※以下の所見があれば部位を図示する※※ ☐手術痕 ☐皮膚病変 ☐IVH ☐カテーテル類留置 ☐ペースメーカー ☐創処置 ☐麻痺 ☐拘縮 ☐強直 ☐筋力低下 確認者(看護師)



リハビリテーション承諾書

医師によりリハビリテーションが必要と判断された患者様には、医師の指示のもと以下のようなリハビリテーションを必要に応じて開始いたします。

【理学療法】

身体機能の回復を目指します。関節可動域訓練、筋力訓練、立ち上がり訓練、歩行訓練等をおこないます。

【作業療法】

生活に焦点を当て、日常生活動作（食事・トイレ・入浴・買い物洗濯等）の改善を目指します。

【言語療法・摂食嚥下療法】

「話す・聞く・食べる」といったことに障害がある場合に訓練や指導、提案をおこないます。

リハビリテーション実施に際しては、当書面での同意と署名が必要となります。

リハビリテーション開始後は、毎月 1 回詳細な実施内容、計画等を記載した書類、リハビリテーション総合実施計画書（以下計画書）を担当者より、ご本人またはご家族に説明し改めて同意と署名をいただきます。患者様の同意と署名が難しい場合は、ご家族様へ計画書を郵送させていただき、同意できない場合には到着後7日以内にリハビリテーション科まで連絡ください。ご連絡がない場合は、その月のリハビリテーション内容、計画に同意いただけたものとさせていただきます。

以上の記載内容に同意いただけましたら、署名をお願いいたします。

患者氏名：

代筆者名：

（続柄）