



京都山城
総合医療センター

**KYOTO YAMASHIRO
GENERAL MEDICAL CENTER**



病院基本理念

地域の中核病院として、
信頼される良質な医療を提供し、
住民の健康維持・推進に貢献する

病院基本方針

- 地域医療支援病院としての機能や体制を整備し、質の高い地域医療を実現する。
- 地域がん診療病院、地域災害拠点病院、周産期医療2次病院としての機能を充実させる。
- 地域の医療機関や福祉・介護施設との連携を強化し、より良い地域包括ケアシステムの構築に貢献する。
- ホスピタリティの向上に努め、患者満足度の高い医療を提供する。
- 医療安全管理の徹底をはかり、安心して医療を受けられる体制を堅持する。
- 教育・研修を通じて優れた医療人を育成するとともに、各職種の連携によるチーム医療を推進し、高度な医療を提供する。
- ワークライフ・バランスを考慮した、働きがいのある職場環境づくりに努める。
- 公益性を求めつつ、長期にわたり良質な医療が提供できるよう健全な経営基盤を確立する。

患者さんの権利と責務

- 診断や治療方針について十分な説明を受けることができます。
- 自分の意志に基づいて医療の方法を選択することができます。
- 適切な医療を公平に受けることができます。
- 診断や治療方針について他の医療機関に意見を求めるることができます
(セカンドオピニオン)。
- 個人情報は十分な配慮をもって保護されます。
- 医療を受けるうえで、常に自己の尊厳性は尊重されます。
- 自分の健康情報を医療者に正確に伝える責務があります。
- 医療が安全かつ効果的に行われるよう、医療者と力を合わせて積極的に医療に参加し、協力する責務があります。
- 病院の秩序を守り、医療を受けるうえで他の患者さんや医療者の支障とならないように行動する責務があります。

当院では、「患者参加型医療安全対策」 を推進しています

チーム医療への参加は患者さんの持つ権利であり責務である事をご理解いただき、ご協力をお願ひいたします。

- 1、誤認防止の為、何度も名前、生年月日を確認させて頂きます。その際、名乗って頂くようお願ひいたします。また、入院中は「ネームバンド」を付けさせて頂きます。取りはずしは、退院後ご自宅でお願ひいたします。
- 2、診察時的確な判断をする為に、正確な医療情報（アレルギー・既往歴等）をお知らせください。
- 3、医療者の説明は納得するまで尋ね、治療の選択における意思表示は明確にしてください。
- 4、入院時に行う各種の説明や、院内の規則にご協力ください。

- 転倒・転落防止対策
- 院内感染防止対策
- 盗難防止対策
- 院内暴力・セクハラ行為厳禁 等

お互いに気持ち良く十分な治療が 受けられるよう次のことをお守りください

- 入院中は、病院スタッフの指示に従ってください。
- 他の患者さんの治療・静養の妨げにならないよう病室内ではお静かに願います。
- 他の患者さんやスタッフへの迷惑行為、医療行為の妨害とみなされる院内での暴言・暴力行為は慎んでください。状況により、警察に通報させていただくことがあります。
- 院内での喫煙や飲酒をはじめ、賭けごと、迷惑行為は厳に慎んでください。強制退院もしくは院外への退去をお願いさせていただくことがあります。
- 無断で外出・外泊された場合、強制退院していただくことがあります。
- 病室内の清潔の保持にご協力ください。張り紙・落書きはお断りします。
- ナースステーションや他人の病室に出入りするのはご遠慮ください。
- 病室備え付けの器具は大切に取り扱ってください。
- 病院設備備品を破損・紛失された場合は状況により、実費が発生する事があります。
- バルコニーは非常時の避難救助経路になりますので、普段は絶対に外へ出ないでください。また物を置かないでください。
- 私物について自己責任で管理してください。
- 当院は研修医・看護学生・救急救命士等の実習を受け入れていますので、ご理解、ご協力をお願ひいたします。
- 公職選挙法により不在者投票ができますので投票される方は事務局にお申し出ください。
- 職員に対する謝礼は堅くお断りいたします。

目次

1 入院時ご準備いただくもの	2
2 入院レンタルセット (CS セット) のご案内	3
3 入院日当日	3
4 入院中の生活	4
5 感染対策	5
6 入院中の患者さんに起こりえること	6
7 災害時 (火災・地震等) の避難	8
8 医療相談窓口	9
9 地域医療連携室	9
10 地域包括ケア病棟 “彩り”	9
11 面 会	10
12 診断書・証明書	10
13 入院費のお支払い	11
14 高額療養費制度を利用するためには	11
入院申込書兼誓約書	12
緊急連絡先	14
感染症検査承諾書	16
個人情報記載書	18
差額室入室への同意書	20
駐車場のご案内	22
病院地図	



1 入院時ご準備いただくもの

書類関係

- 健康保険証（後期高齢者医療受給者証・公費負担医療受給者証・限度額適用認定証、等をお持ちの方はご持参ください。）
- 印鑑 診察券 入院予約票
- 他の医療機関の退院証明書（3ヶ月以内に入院された方のみ）
- 入院申込書（P12） 入院誓約書・保証書（P14） 緊急連絡先記入用紙（P16）
- 個人情報記載書（P18） 差額室入室への同意書（P20）
- その他書類（手術同意書・検査同意書等をお持ちの方）

限度額適用認定証

高額療養費制度に基づき、「限度額適用認定証」を医療機関に提示すると、入院費用の支払いが「自己負担限度額」までとなります。交付手続き等詳細は、ご加入の保険者にお問合せください。認定証の提示がない場合は、3割（もしくは2割）負担となります。

持ち物

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> パジャマ・浴衣等の寝衣 | <input type="checkbox"/> タオル・バスタオル | <input type="checkbox"/> ティッシュペーパー | |
| <input type="checkbox"/> ウエットティッシュ | <input type="checkbox"/> 歯磨きセット | <input type="checkbox"/> 石鹼・ボディーソープ | |
| <input type="checkbox"/> 食事セット（箸・スプーン・カップ・ストロー等） | <input type="checkbox"/> 現在服用中のお薬 | <input type="checkbox"/> シャンプー・リンス | |
| <input type="checkbox"/> おむつ類 | <input type="checkbox"/> 下着 | <input type="checkbox"/> お薬手帳または説明書 | |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯・入れ歯ケース | <input type="checkbox"/> 時計 | <input type="checkbox"/> 水筒 | <input type="checkbox"/> 電気カミソリ |
| <input type="checkbox"/> イヤホン | <input type="checkbox"/> 補聴器・補聴器ケース | <input type="checkbox"/> メガネ・老眼鏡 | |
| <input type="checkbox"/> 履きなれた運動靴（転倒防止のためスリッパ以外のものをご準備ください） | | | |

の項目はCSセットに含まれます。

※分娩の方は「ママとベビーの安心BOOK」を参考にして、入院時にもお持ちください。

※紛失防止のため、持ち物には必ずお名前のご記入をお願いします。

※当院は、入院レンタルセット（P3、CSセット）の利用をお薦めしております。ご利用いただくとご負担が軽減されます。

※電気カミソリは衛生管理上、必ずご自身のものをご持参ください。

※電気カミソリを除く電気製品のお持ち込みはご遠慮ください。

※刃物（はさみ、ナイフ、爪切り、T字カミソリ、果物ナイフ）や火器など危険物は持ち込まないでください。

※物品紛失について病院は責任を負いかねますので、貴重品や多額の現金はお持ち込みにならないようにお願いします。

手術を受ける患者さんへ

手術中の安全管理のため、ジェルネイル、まつげ、エクステ、指輪、ピアス等は除去したうえ、ご入院ください。

手術に際して中止しなければならないお薬のある方は、医師の指示に従ってください。（中止できていない場合、手術が延期になることもあります）

2 入院レンタルセット(CSセット)のご案内

入院の際に必要となる衣類・タオル類・日用品・紙おむつ類を日額定額制のレンタルでご利用いただけるサービスです。

CSプラン 547円(税込) × 契約日数

- 寝衣、タオル、バスタオル、ティッシュペーパー、ウェットティッシュ、歯磨きセット、シャンプー、リンス、石鹼(ボディソープ)、食事セット(箸・スプーン・カップ・ストロー等)がセットになったプランです。

Hプラン (CSプラン+肌着)621円(税込) × 契約日数

- 上記CSプランに肌着がセットになったプランです。パンツ類のご準備は必要です。

タオルプラン (寝衣、肌着)467円(税込) × 契約日数

- バスタオル、フェイスタオル、おしぶりタオル、ティッシュペーパー、ウェットティッシュ、歯磨きセット、シャンプー、リンス、石鹼(ボディソープ)、食事セット(箸・スプーン・カップ・ストロー等)がセットになったプランです。

紙オムツプラン 日額定額制 × 契約日数

- 紙おむつ類を日額定額でご利用いただけます。

※紙おむつプランのみの利用はできません。(CSプラン、Hプラン、タオルプランのいずれかのプランとセットでお申し込み下さい)

★プランに含まれる寝衣やタオル類は洗濯して頂く必要はありません。

★CSセット等を申し込まれない場合は必要な物をご持参下さい。洗濯や
物品の管理は患者さんまたはご家族様でしていただく必要があります。

3 入院当日

- 当日は指定された時間に1階③番入院受付窓口で手続きをして下さい。
- 入院受付で書類の確認を行います。
- 指定された時間より遅れる場合は、必ず病院へご連絡下さい。
- 当院では病室の氏名表示、窓口で面会者への病室案内を行っています。
- 氏名表示、病室案内等、情報の非開示を希望される方はお申し出下さい。

7 連携診療受付



4 入院中の生活

入院中の他医療機関受診

医師からの指示や許可なしに、他医療機関を受診したり、ご家族様が代理で内服処方を受けたり等は保険診療としては認められておりません。他医療機関からの持参薬が無くなる前に主治医にご相談ください。また、他医療機関の受診がどうしても必要な場合は主治医にご相談ください。

外出・外泊

外出、外泊には主治医の許可が必要です。
ご希望の際は、必ず看護師に申し出て所定の手続きをして下さい。
無断で外出、外泊された場合は退院していただくことがあります。

テレビ、保冷庫

全てのベッドに、テレビ・保冷庫を備えつけています。
各階のデイルーム（8階はエレベータ横）にある自動券売機でカードを購入いただくことで利用が可能です。
テレビは他の患者さんの迷惑にならないようにイヤホンをご利用ください。
イヤホンはご持参いただくか、1階コンビニエンスストアでも販売しております。
保冷庫はカードを挿入し、スイッチを入れることでご利用いただけます。

貴重品の取り扱い

貴重品は、特に多額の現金はお持ちにならないようお願いします。
病院内では盗難防止のため、貴重品はセーフティボックスに入れ、施錠して保管してください。ただし、セーフティボックスは簡易保管庫ですので過信なきようご使用ください。万一紛失されても当院では責任を負いかねますのでご了承ください。

洗濯機・乾燥機

入院レンタルセット（CSセット）等にお申し込みされていない方は、原則として洗濯物はお持ち帰りいただいております。
お持ち帰りが無理な場合は、テレビ、保冷庫と同じカードで各病棟にある洗濯機と乾燥機を利用いただけます。（洗濯を代行するサービスは行っておりません）

※券売機のカードは、テレビ・保冷庫・洗濯機・乾燥機、全て共通のカードでご利用いただけます。カードの残り分は退院時に1階正面受付横の自動精算機で精算してください。

電話

院外への電話は各病棟にある公衆電話をご利用ください。
携帯電話を利用する場合は、院内掲示で許可されている場所で、マナーを守ってご使用ください。プライバシーの保護のため、写真・動画の撮影、音声の録音はご遠慮ください。

喫煙

病院敷地内全面禁煙となっておりますので、ご協力をお願いいたします。

お食事

食事は管理栄養士のもと、病状に応じた内容で献立、調理、適温適時でご用意いたします。選択メニューを一部取り入れています。

治療のため、お食事に制限がある場合があります。主治医の許可が無い場合、療養上および衛生管理上、食品の持ち込みはご遠慮ください。

お風呂、シャワー

入浴、シャワーは医師の許可が必要です。看護師にご相談ください。

介助が必要な方は、患者さんの病状と希望を伺い相談させていただきます。

看護

出来る限り同じ看護師がお世話出来るように、受け持ちを決めて看護にあたっています。

付き添いは原則必要ありませんが、病状などで医師が必要と判断した場合は、ご家族様に付き添いをお願いすることがあります。

健康教室

糖尿病教室、ストーマ、リウマチ等について生活指導を行なっています。

産婦人科では、当院で分娩される方を対象にマタニティ教室を行なっています。

糖尿病、高血圧、心臓病、腎臓病、嚥下障害、その他、についての食事指導を行なっています。

病院での1日のめやす



5 感染対策

感染予防のため、病室への入退室の際は、病室前に備え付けの手指消毒薬の使用、あるいは洗面所での手洗いにご協力をお願いいたします。

患者さんの病状で、病室・病棟を変わつていただく場合がありますのでご協力ください。患者さんの病状によっては面会をお断りすることがあります。

大勢の方での面会やお子様連れ、咳をしたり体調が悪い方の面会はご遠慮ください。

インフルエンザ等の感染の流行期は感染予防のため、マスクの着用、面会禁止とさせていただくこともありますのでご理解ご協力をお願いいたします。

6 入院中の患者さんに起こりえること

転倒・転落

病院の環境は住みなれた家庭とは異なります。さらに病気やけがによる体力の低下や運動機能に低下が加わり、思いもかけない転倒・転落事故の起こることも少なくありません。特にご高齢の方は突然の環境の変化により、一時的な認知力の低下をきたすことがあります。

当院では転倒・転落の予防に十分注意をして安全な入院生活を送っていただくように努力しておりますが、患者さんがご自分で動かれることで発生する転倒・転落は、完全に防ぐことはできません。転倒・転落の危険がある場合、ベッド柵や安全ベルト等を使用させていただくこともありますのでご理解をお願いいたします。

患者さん・ご家族様の注意とお願い

ナースコール

何かあれば看護師を呼ぶことが出来るように、ご自分の手の届く位置に置いてください。

ベッドの高さ

ベッドの高さは腰掛けたときに足が床につく高さにしてください。

履物

滑ったり、脱げたりしないよう、安全でサイズの合った靴や、履きなれた運動靴などをご準備ください。

薬

睡眠剤、精神安定剤、血圧を下げるお薬、アレルギー剤等を服用されている場合は、足元がふらつくことがあります。自己判断で増減せず看護師にご相談ください。

車いす

車いすを乗り降りする際は、必ずブレーキをかけて下さい。フットレスト（足を乗せるところ）に立つと危険です。車いすに乗り降りする際はフットレストを上げた状態でご使用ください。

夜間のトイレ

トイレは就寝前にお済ませ下さい。夜間は周囲が薄暗いため、心配な方は遠慮なく看護師にお知らせください。ポータブルトイレや尿器を設置することもできます。

ベッド周囲の整理整頓

ベッド周囲にものを置かないよう整理・整頓にご協力ください。

離床センサーご使用のご家族様へ

お帰りになる際は、必ず看護師にお声をかけください。ご協力ををお願いいたします。

せん妄

せん妄とは

突然的に時間や場所が分からなくなったり、注意力が低下したりといった症状の出る状態のことを言います。体調が悪い、手術のあと、新しい薬が合わなかった、などが原因となって発症することが多いです。

せん妄になりやすいのは

- 高齢の方
 - 脳梗塞や脳出血になったことのある方
 - 物忘れが目立ってきた方
 - アルコールをたくさん飲む習慣のある方
 - 睡眠薬を毎日飲む習慣のある方
- ～多くの方は、治療により回復します～



「せん妄」は認知症とは全く異なる病気です。

注意深く観察することで「せん妄」を早めに発見し、解決することができます。

せん妄の予防や評価のために、医療者は以下のようなことを確認します。

①夜眠れているか	睡眠リズムを整えることがせん妄の予防の第一歩です。
②日付・場所の確認など	せん妄がおこると記憶力や判断力、集中力が低下することがあります。
③幻覚はないか	せん妄が起こると普段見えないものが見えたりすることがあります。
④話のつじつまが合っているか	せん妄が起こると混乱しておかしな言動をとることがあります。

患者さんとご家族ができること

- 朝から日光を取り込んで部屋を明るくしましょう。
- 普段使っている眼鏡、補聴器は正しく着用しましょう。
- 時計、カレンダーを近くに置いて日時の確認をしましょう。
- 本や新聞、テレビや軽い運動などで生活リズムを整えましょう。
- 痛み、便秘などがあれば早めに医療者に相談しましょう。
- せん妄が起きたらハサミなどの危険物は遠ざけましょう。

※当院では認知症サポートチームが、せん妄予防と対策、認知症などに対して適宜介入を行います。ご了承のほどよろしくお願ひいたします。

誤嚥・窒息

高齢者は加齢や認知症などにより水分や食物を飲み込む力が低下し、喉の飲み込み反射が障害され、気道に食物が入りやすく誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。入院中は今まで普通に食事をされていた方でも、全身状態の悪化、衰弱、術後などにより誤嚥や窒息をきたしやすくなることもあります。誤嚥や窒息は高齢に伴う患者さんの嚥下機能の身体的低下による要因が大きいことについてご理解いただきますようお願いいたします。

誤嚥や窒息を起こしやすい方

- 食事の際にむせる
- 食事中よく咳をする
- 食事を飲み込めずに吐いてしまう
- のどがゴロゴロしている
- 過去に誤嚥を起こしたことがある
- 食事時間が長い
- 誤嚥を起こしやすい病気がある
(脳梗塞などの脳血管障害、パーキンソン病、重症筋無力症、ギランバレー症候群など)

ご家族様・ご面会の方へのお願い

- 持ち込み食はご遠慮ください。
- 嚥下訓練をされている患者さんの食事介助はお控えください。
- 食事について何かご不明な点がございましたら看護師にご相談ください。
- 食べ物をテーブルや床頭台の上に放置しないようにしてください。

誤嚥・窒息予防に関して

- 患者さんの嚥下状態にあった食事を提供します。
- 入院前にされていた食事形態をお知らせください。
- 必要に応じて食事の介助や見守りを行います。
- 病状により医師と相談し、嚥下に関するリハビリを行います。



7

災害時(火災・地震等)の避難

- 入院時に非常口および、避難設備等を確認しておいてください。(各病室に表示しています)
- 万一非常事態が発生した場合は、医師・看護師および病院職員の指示に従って迅速に避難してください。
- エレベーターでの避難は危険ですのでやめください。

8 医療相談窓口

当院では、患者さんやご家族様に安心して医療を受けていただけるよう、医療に関する不安や困りごと、要望、ご意見を相談いただくための窓口を設置しております。プライバシーの保護には、十分に配慮いたします。

相談内容

- 治療に関すること
- 看護に関すること
- 検査に関すること
- リハビリテーションに関すること
- 薬に関すること
- 療養生活に関すること
- 退院、社会復帰に関すること
- 医療費に関すること
- 病院に関すること
- 接遇に関すること
- 受診科に関すること
- その他お気軽にご相談ください

受付時間

月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（祝祭日を除く）

受付場所

④番医療相談窓口（1階）

※内容により、医療安全管理、看護師、社会福祉士等が対応いたします。

9 地域医療連携室

治療後も引き続き療養等が必要、すぐに自宅に帰れないなどのご事情がある場合は、医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）が相談に応じます。

相談内容

- 療養中の心理的・社会問題の解決、調整援助
- 退院援助と退院後の生活支援
- 退院後の社会復帰援助
- 医療費や生活費などの経済的問題の解決、調整援助
- その他

受付場所

地域医療連携室、および病棟看護師を通じてご相談ください。

10 地域包括ケア病棟 “彩り”

急性期の治療終了後、自宅退院に向けての準備をする病棟として地域包括ケア病棟“彩り”があります。また、入院患者さんだけでなく、介護負担軽減や住環境整備目的等で自宅や施設からの受け入れも行っております。詳しくは地域医療連携室にお問い合わせください。

治療、処置、看護の妨げにならないように面会時間はお守りください。

感染対策上、長時間にわたるご面会、多人数によるご面会、お子様連れのご面会はご遠慮ください。

※感染症の流行に伴って、面会を制限させていただくことがありますのでご了承ください。

※病室への生花・鉢植え植物等の持ち込みは、衛生管理が難しいため、ご遠慮いただいております。



入院家族者証、面会者証の着用について

院内の安全確保を目的として、入院家族者証、面会者証（ネックストラップ）の着用をお願いしています。面会の際には、次頁の手順にて面会手続きを行い、面会中は必ず着用頂きますようご協力ををお願いいたします。未着用の場合は病院スタッフよりお声かけをさせていただく場合がありますのでご容赦ください。

面会の流れ

- ①患者家族は入院時に病棟窓口で、一般面会者は病棟面会申し込み窓口で手続きをおこない、「入院家族者証」「面会者証」をお受け取りください。
- ②入院家族者証、または面会者証を着用のうえご面会ください。
- ③面会終了後、面会者証を面会申し込み窓口へご返却ください。
- ④入院家族者証は退院まで各自で保管いただき、退院時に病棟窓口にご返却ください。

※面会申し込み窓口について

- ①平日 午後2時～午後5時までは、**正面受付**
- ②平日 午後5時以降、および土日祝日は、**守衛室**
(夜間救急出入り口横)

面会時間

一般病棟の面会時間

平日（月～金） 午後2時～午後7時まで
休日（土・日・祝）午前10時～午後7時まで

ICUの面会時間

平日（月～金） 午後2時～午後3時まで
午後6時～午後7時まで
休日（土・日・祝）午前10時～午前11時まで
午後2時～午後3時まで
午後6時～午後7時まで

分娩の方は面会時間が異なりますので、
「ママとベビーの安心ブック」をご参照ください。



12 診断書・証明書

診断書・証明書が必要な方は、1階②番書類受付窓口でお申し込みください。

受付時間：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時（祝祭日を除く）

13 入院費のお支払い

入院費は、原則として毎月末に締切り、翌月15日（土・日・祝日の場合は前日）、退院日当日までの分は退院日に病室に請求書兼診療明細書をお届けします。お手元に届きましたら、1階⑤番会計窓口でお支払いください。（時間外は救急受付で対応いたします。）

●領収書は再発行できませんので、大切に保管してください。紛失された場合は領収証明書（有料）を発行します。

●クレジットカードもご利用になります。ATMはコンビニ内に設置しております。

※公費申請中の場合等、特別な理由で預かり金対応となる場合は現金のみでのお取り扱いとさせていただきます。この場合、後日ご来院いただき精算手続きが必要となります。

■当院は厚生労働省からDPC対象病院に認定されており、原則として、入院1日当たりの定額制（包括評価）で計算します。ただし、一部包括評価の対象外となる場合もあります。

詳細は、医事課までお問い合わせください。

14 高額療養費制度を利用するためには

高額療養費制度を利用する方法は次の2つがあります。

①事前に保険者に申請し、限度額適用認定証を利用する場合

入院などにより予め医療費が高額になることが予想される場合は、事前に保険者へ申請することで、限度額適用認定証が発行されます。医療機関で限度額適用認定証を提示した場合は、窓口での支払額が上限額まででストップします。（70歳以上の一定の所得区分に該当する場合は発行されません）。

なお、この上限額は1医療機関ごとに計算されるため、同月内に複数の医療機関を受診した場合は、当該証を提示した場合であってもそれぞれの窓口で上限額までの支払いが必要となります。

※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証は交付されませんので、日程に余裕を持って手続きいただき、お手元に届きましたらお早めに窓口にご提示ください。

②後日保険者へ申請して、払い戻しを受ける方法

自身が加入している保険者に、高額療養費の支給申請書を提出することで事後的に支給が受けられます。支給に当たって、保険者から受診時の領収証等の添付を求められる場合もあります。

この場合は、医療機関の窓口で、一旦、上限額を超えた分を支払う必要があります。

その他詳しくはご加入の健康保険組合、協会けんぽ、お住まいの市町村などの各公的医療保険窓口にご相談下さい。

【入院申込書兼誓約書】

京都山城総合医療センター 院長 様

この度、貴院において入院治療を受けるに際し、入院中は院内規則（入院案内に記載）や病院の指示を堅く守ります。万一これに違反した場合や、暴力・暴言・セクハラ行為など職員や他の患者さんに迷惑をかける行為を行った場合には、いつ退院を命ぜられても異議は申しません。なお入院料その他一切の費用は請求どおりお支払いたします。

別紙自費料金にかかるものを使用した場合は、別途費用がかかることに同意いたします。

年 月 日

ふりがな				性別
患者様氏名 (署名または押印)				男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 生(才)
現住所	〒 -			TEL ()
職業又は勤務先				TEL ()
希望のお部屋	特別室・個室・4人床室			

確認

※ 病院記載欄のため、記載しないでください。

※ 入院患者様と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。

申込者氏名 (署名または押印)	性別	男・女	患者様との続柄
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日 生(才)	
現住所	〒 -		
職業又は勤務先	TEL ()		

貴院に入院いたしました上は、本人の身上に関する一切の事項をお引き受けすると共に、万一本人において入院料等の延滞の際は、申込者または保証人が極度額10万円の範囲で連帯して保証いたします。

保証人氏名 (署名または押印)	性別	男・女	患者様との続柄
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日 生(才)	
現住所	〒 -		
職業又は勤務先	TEL ()		

(保証人は患者様・保護者様と別世帯の成年者としてください)

ID No. 科 入院病棟 階

緊急連絡先

患者様氏名

◎ご自宅以外の連絡先を2か所ご記入ください。

緊急連絡先 ①	氏名	続柄()
	住所	
	電話番号	自宅() 携帯()
	勤務先	
	電話番号	
緊急連絡先 ②	氏名	続柄()
	住所	
	電話番号	自宅() 携帯()
	勤務先	
	電話番号	

◎洗濯物・持ち物のご依頼をする方 () 電話 : ()

感染防止のための検査協力のお願い

当院では、医療行為の過程で、患者様の血液が付着した針を職員が誤って自分の皮膚に刺した場合などに、職員の感染予防のために患者様のウイルス抗体・抗原検査（B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、後天性免疫不全症候群ウイルス）をすることがありますので、ご了承お願い申し上げます。

検査は、針刺しや曝露などの事例が生じた場合のみ行い、通常の採血検体を用いるもので、入院や通院中の治療に影響はありません。また、その際の検査費用は当院が負担いたします。検査結果については個人情報保護法を遵守し、患者さまがご希望の場合に限り、患者さまにも結果をご報告します。

ご理解いただけける場合は、患者様本人、または代理人の署名欄に御署名をお願いいたします。

感染症検査承諾書

上記検査の必要性を理解し、

- 検査を受けることを承諾いたします。結果の報告も希望します。
- 検査を受けることを承諾いたします。結果の報告は希望しません。
- 検査を受けることは承諾いたしません。

年 月 日

患者氏名：_____

代理人氏名：_____ 続柄（_____）

京都山城総合医療センター 院長 様

個人情報記載書

この用紙は入院中の医療や看護に際し、病気の回復や看護ケアの一助とさせていただくため必要なものです。情報は入院中の医療や看護に関してのみ使用し、個人情報保護法に基づき厳重に管理させていただきます。

お手数ですが、**ご記入の上必ず入院時にお持ちください。**

◎過去に当院でご入院の経験がある方は、**変更がある項目のみご記入ください。**

お名前

ご本人のご職業 会社員 公務員 医療関係者 農業 自営業 無職
 同居されているご家族 夫 妻 子供 祖父 祖母 その他 ()
 輸血歴 なし あり
 家族歴 (誰) 心疾患 糖尿病 腎臓病 高血圧 癌 その他
 アレルギーの有無 なし あり ⇒ 食物 () 薬 ()
 喫煙について なし あり ⇒ 1日の喫煙本数 (本) 吸っていた年数 (年) () 歳から禁煙中

質問			あるにチェックを入れた方のみ御記入ください						
既往歴	過去に病気・治療・手術の経験がありますか	ない ある	歳頃	病名	病院				
			歳頃	病名	病院				
			歳頃	病名	病院				
			歳頃	病名	病院				
			歳頃	病名	病院				
			歳頃	病名	病院				
			歳頃	病名	病院				
健康知覚・管理	医師から指示されている自己管理はありますか	ない ある	<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 塩分		
			<input type="checkbox"/> その他						
	1年以内に転倒、または転倒しやすいと感じることがありますか	ない ある	<input type="checkbox"/> 足の筋力低下がある		<input type="checkbox"/> ふらつく				
			<input type="checkbox"/> 麻痺などの歩行障害がある						
栄養・代謝	半年以内に体重が急に増減する事がありましたが	ない ある	() 月頃から () kg <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 増えた						
	食事をする時に飲み込みにくい症状がありますか	ない ある	<input type="checkbox"/> 飲み込めない	<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> のどがゴロゴロする				
			<input type="checkbox"/> 誤嚥を起こしたことがある			<input type="checkbox"/> 食事時間が長い			
			★自宅・施設での食事形態について						
			主 食:	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> ミキサー粥	<input type="checkbox"/> 全粥		
			副 食:	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> 7mm	<input type="checkbox"/> 2cm	<input type="checkbox"/> きざみなし		
			とろみ:	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				

個人情報記載書

質問			あるにチェックを入れた方のみ御記入ください				
排泄	排泄について気になることはありますか	ない ある	排尿: <input type="checkbox"/> 尿意が無い <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル				
			排便: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2日に1回 <input type="checkbox"/> 3日に1回 <input type="checkbox"/> その他				
			<input type="checkbox"/> 緩下剤を使用している <input type="checkbox"/> 洗腸している				
			様式: <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド				
			<input type="checkbox"/> リハビリパンツ				
活動・運動	日常生活で介助を必要とすることがありますか	ない ある	<input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 食事のセッティング <input type="checkbox"/> 更衣の介助				
			<input type="checkbox"/> 洗面・はみがき <input type="checkbox"/> 入浴介助				
			<input type="checkbox"/> 麻痺がある ⇒ 部位:				
睡眠	夜間眠れないことがありますか	ない ある	<input type="checkbox"/> 熟睡感が無い <input type="checkbox"/> 途中目が覚める <input type="checkbox"/> 利尿剤を飲んでいる				
			<input type="checkbox"/> 睡眠剤を服用している(薬剤名:)				
認知・知覚	身体のどこかに痛みがありますか	ない ある	<input type="checkbox"/> 痛みの部位: <input type="checkbox"/> 痛みの程度:				
	認知症の症状がありますか	ない ある	<input type="checkbox"/> 場所が分からぬ <input type="checkbox"/> 家族が認識できない <input type="checkbox"/> 徘徊する				
			<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 物忘れをよくする <input type="checkbox"/> 話が理解できない				
			<input type="checkbox"/> その他				
その他	介護保険または身体障害等の認定を受けていますか <input type="checkbox"/> 申請中	ない ある	<input type="checkbox"/> 要支援 (1 2)				
			<input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5)				
			<input type="checkbox"/> 身体障害者認定(級)				
	現在利用されている介護サービスや施設入所がありますか	ない ある	<input type="checkbox"/> デイサービス(回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護				
			<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具を借りている				
補助具等	ない ある	<input type="checkbox"/> 療養型施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム					
		事業所名() ケアマネージャー()					
		<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 義足					

★ご入院に際しご不明な点や心配な事がございましたら何でもご記入ください。

■日常的にお薬を飲まれている方は入院時必ずお持ちください。

■入院中にかかりつけ医でお薬を処方していただくことはできません。

×

ID No. 科

差額室入室への同意書

病室番号	(1日料金)	
	A	B
特別室	13,200円	17,600円
402~418	502~522	
602~622	702~722	6,600円
802~822		8,800円

※上記金額は消費税込みの金額となります。

A : 病院組合市町村内居住の方（木津川市、和束町、笠置町、南山城村）

B：上記の病院組合外市町村居住の方

※個室料金は暦日で頂きますので、夕刻入室されて、翌朝退室された場合でも2日分必要となります。

上記個室 号室 に入室を希望し、定められた個室料を支払うことに同意いたします。

令和 年 月 日

ご住所

患者様氏名
(署名または押印)

京都山城総合医療センター院長 様

駐車場のごあんない

- 駐車場での盗難事案等のトラブルや損害賠償に関する責任は一切負いません。
- 病院周辺は駐車禁止となっておりますのでご協力ください。
- 入院される患者さんの駐車場使用はお断りします。**
- 正面駐車場の利用については、平日正午までは下記の方を優先させていただきます。
 1. 妊婦および身体障害者手帳をお持ちの方
 2. 車の乗降に介助を必要とされる高齢者等
 3. 上記の方を送迎する方

駐車料金	①外来診察の方	②ご家族様・お見舞い等の方	①、②以外の方
正面	入庫から8時間無料 以降60分 100円	入庫から30分無料 以降60分 200円 最大 500円	60分 600円
第 2	入庫から8時間無料 以降60分 100円	入庫から4時間無料 以降60分 200円 最大 300円	1回 500円
第 3	入庫から8時間無料 以降60分 100円	入庫から60分無料 以降60分 200円 最大 500円	60分 600円

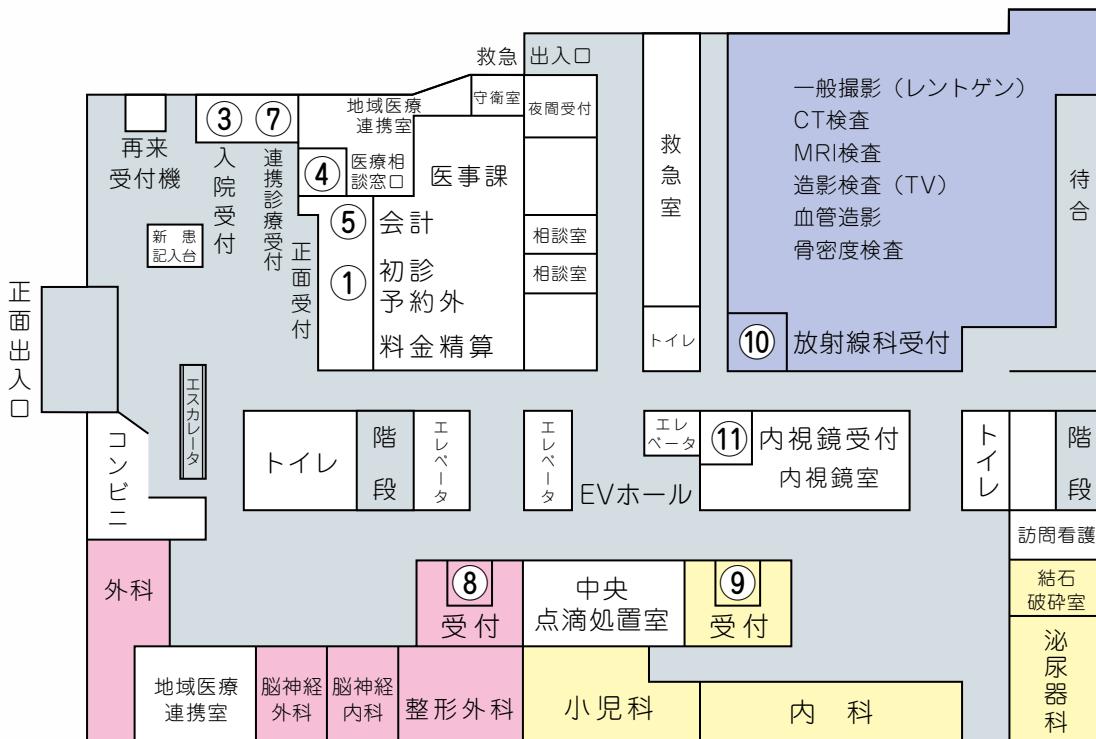
- 第2駐車場から送迎バスがあります。
- 外来診察の方は、出庫時に①駐車券と②診察券を入れることで割引が適応されます。



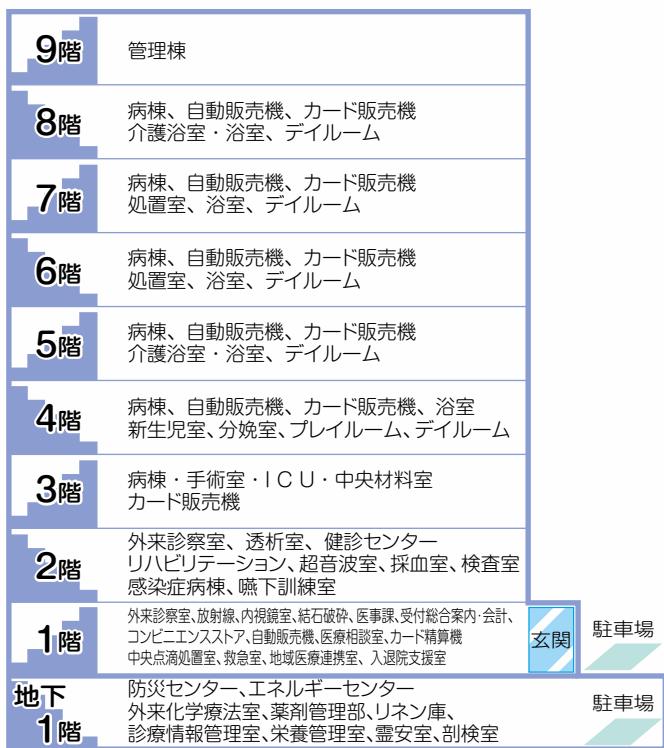
- ご家族様、お見舞いの方は、各病棟エレベーター前に設置した認証機で割引処理を行ってください。



1階ごあんない



各階ごあんない



交通手段



最寄りの駅

JRでお越しの場合

JR木津駅 (関西本線・奈良線・学研都市線) 下車、すぐ。

近鉄京都線でお越しの場合

近鉄木津駅より奈良交通バスでJR木津駅方面行約10分。
近鉄木津駅よりJR学研都市線 (JR木津行) に乗り換乗車しJR木津駅下車、すぐ。



京都山城総合医療センター

〒619-0214 京都府木津川市木津駅前一丁目27番地

TEL.0774-72-0235 / FAX.0774-72-2155

ホームページ <http://www.yamashiro-hp.jp>



令和4年2月発行