

## 【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	〒 - TEL ( )			
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	〒 - TEL ( )			
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をお願い

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
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
	半年以内に体重が急に増減する事がありましたか	ない ある	( )月頃から( )kg <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 増えた
栄養・代謝	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 <input type="checkbox"/> パン
			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"/> 浣腸している		
			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はありますか	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	身体は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"/> 場所が分からない <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	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)		
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"/> 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 <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( )		
	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			
	補助具等	ない ある	<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 義足		
		ない ある			

★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。

