

# 入院申込書

令和 年 月 日

石川県済生会金沢病院長 殿

- 入院にあたり貴院の諸規則、指示事項及び入院生活のしおりの内容を遵守することを約束し、連帯保証人と連署のうえ入院を申し込みます。
- 入院治療に関する費用や療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて、請求書を受領した後に速やかに支払います。\*療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて、裏面に記載してあります。

入院年月日	令和 年 月 日	※太線の枠内をご記入ください。	
ふりがな		大正・昭和・平成・令和	男・女
患者氏名	Ⓜ	年 月 日生 歳	女
現住所	〒 電話 ( ) 携帯 ( )		

## 入院についての自己申告のお願い

これまでの入院について正しく申告されないと、保険の入院料の一部が自己負担になることがありますので、必ずご記入ください。

1. あなたは、この3ヶ月以内に入院したことはありますか？ [ はい ・ いいえ ] → 【はい】の方は次の問いにもお答えください。 ※前回の入院先での「退院証明書」をお持ちの方はナースセンターにご提出ください。 なお、提出された方は、以下の記入は不要です。			
2. 前回の入院先の病院名		電話番号	( )
3. 前回の入院期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
4. 入院の理由となった主たる病名			

## 入院保証書

- 貴院の諸規定及び入院生活のしおりの各事項に違反することのないように致します。
- 本人の身元については連帯保証人において一切引き受けます。
- 入院治療に関する費用は入院者と連帯保証人において連帯して、限度額 20 万円の範囲内で、その支払いの責任を負います。

連帯保証人	氏名	Ⓜ	患者との関係	
	現住所	〒 電話 ( ) 携帯 ( )		

## 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

### ○保険外併用療養費

種 類	金額(円) 税込
紹介状をお持ちでない方の初診	2,160
同一の傷病で180日を超える入院1日につき	2,580
【医科点数表に規定する回数を超えて実施する診療】	
脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	2,650
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	1,940
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	1,890

### ○保険外負担

予 防 接 種 名	金額(円)税込
インフルエンザ	4,310
(二種混合)麻疹、風疹	7,810
風疹	4,140
水痘	6,080
おたふく	4,050
破傷風	2,150
A型肝炎ワクチン	5,490
HB型肝炎ワクチン	3,780
肺炎球菌ワクチン	7,810

### ○保険外負担

各 種 文 書 名	金額(円) 税込
【各種診断書】	
診断書(当院書式)	1,620
診断書(他の書式)	3,240
各種年金等の障害認定診断書	5,400
就職・入学時の健康診断書	1,620
難病認定用診断書(特定疾患)申請	3,240
難病認定用診断書(特定疾患)更新	1,620
身体障害者診断書(申請用)	3,240
身体障害者診断書(更新用)	3,240
死亡診断書(当院書式)	3,240
死亡診断書(他の書式)	5,400
死体検案書	5,400
生命保険関係診断書	3,240
【交通事故関係】	
警察用診断書	3,240
自賠責及び任意保険診断書	5,400
自賠責診療情報明細書	2,160
自賠責後遺障害診断書	5,400
減免自動車に係る現況報告書	1,080
【その他文書】	
支払証明書(当院書式)	1,620
入院・通院証明書(当院書式)	5,400
おむつ使用証明書	1,620

各 種 品 名	金額(円)税込
紙おむつ(尿とりパット)	1枚 38
紙おむつ	1枚 216
寝間着	1セット 1,188
スリッパ	1セット 150
トレーニングパンツ	1枚 157
リハパンツ	1枚 243
切手代	1枚 82
紙コピー代	1枚 10
フィルムコピー代	1枚 756
フィルムコピー代(CD)	1枚 540
ニコチネル TTS30	6,030
ニコチネル TTS20	5,620
ニコチネル TTS10	5,340
カードキー	260
診察券(再発行)	216
家族控室使用料	1泊 1,080
セカンドオペニオン 基本料金	原則30分 10,800
セカンドオペニオン 延長料金	延長30分 5,400
死後処置料	8,640
診療情報開示手数料	2,160
診療情報開示記録(紙)	1ページ 10

ID: \_\_\_\_\_

03 原本要

石川県済生会金沢病院  
病院長 殿

## 個人情報保護に関する同意書

私は、貴院の個人情報保護に関する指針に同意いたします。

令和 年 月 日

住 所

ふりがな  
氏 名

印

-----  
十八歳未満の患者さん及び  
ご自身で署名できない方

患者さん  
氏 名

住 所

氏 名

患者さんとの関係

印

ID: \_\_\_\_\_

スキャンなし  
原本保管のみ

石川県済生会金沢病院  
病院長 殿

## 電話取次ぎや面会者案内に関する意思確認書

院外から私への電話の取次ぎ及び入院の照会、面会のための病院案内の問い合わせについて、以下の方法を選びますので、下記に○を記した対応をお願いいたします。

尚、病室前にお名前の表示をご希望される方は、看護師までお申し出下さい。

- ・ 全て案内して下さい。
- ・ 一切案内しないで下さい。

(どちらかを○で囲んでください)

令和      年      月      日

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 (自署) \_\_\_\_\_

十八歳未満の患者さん及びご自身で署名できない方  
代理人もしくは後見人記入欄

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 (自署) \_\_\_\_\_

患者さん氏名 \_\_\_\_\_

患者さんとの関係 \_\_\_\_\_

病院記入欄      病室 \_\_\_\_\_

(R2.12)

**入院される患者・ご家族様へ**

入院する際に必要な情報を教えてください。  
下記の欄にご記入をお願い致します。

記入日 年 月 日

**患者入院時情報提供用紙**

ID番号 ( )

フリガナ		病室前に、お名前の表示をしてもよいですか	はい いいえ
患者氏名	様	食物アレルギー あり( ) なし	その他のアレルギー ( )
		薬剤アレルギー あり( ) なし	

連絡先：本人自宅電話番号( ) 本人携帯番号( )

連絡先	氏名		続柄	同居・別居	電話番号(自宅・携帯)	連絡できる時間帯
	①			同・別		
	②			同・別		
	③			同・別		

今までに病気や手術をしたことがありましたら、下記にお書き下さい

既往歴	何歳頃	病名	手術の有無	現在の薬や治療	治療を受けた病院・内容
			無・有	内服中・治療中	
			無・有	内服中・治療中	
			無・有	内服中・治療中	

かかりつけ医

キーパーソン：(頼りにしている人 入院中に協力して洗濯を手伝ってくれるなど) ドナーカード

名前： 続柄： 無・有

要介護認定の有無 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・無・申請中

介護支援相談員

事業所

担当者

受けているサービス

デイサービス・ショートステイ・訪問診療・訪問看護  
訪問介護(ヘルパー)・訪問入浴・配食サービス・福祉用具貸与  
その他( )

入院に際して心配なこと、病棟スタッフに伝えたいことをお書き下さい。



# 転倒・転落防止自己チェック表

下記の項目をご自身で確認し、**当てはまる項目にチェック**してください。

- 初めての入院である。
- ベッドでの生活は初めてである。
- 年齢は70歳以上である。
- 過去に転倒や転落したことがある。
- 視力が弱く、日常生活に支障がある。
- 杖・歩行器（シルバーカー）・車椅子を用いている。
- つま先が滑りやすい、ふらつきがあるなど、歩きにくい。
- 足のしびれがある。
- めまいや立ちくらみがある。
- 睡眠薬や安定剤をのんでいる。
- 降圧剤をのんでいる。
- 頻回に排尿がある。
- 夜間トイレに行く。
- 遠慮がちな性格である。
- せっかちな性格である。



## 1つでもチェックがある場合は・・・

- 日頃使い慣れている履物をご持参ください。
- かかとがある履物、特にゴム底の運動靴（ひも無し）が転倒転落には有効です。
- スリッパは禁止です。
- クロックスなどのかかとのバンドはきちんとかけましょう。



当てはまる項目を自己チェックし、入院されましたら、病棟看護師にお渡しください。

あなたの危険度は 点、レベル です。

危険度Ⅰ 0～6点  
危険度Ⅱ 7～15点  
危険度Ⅲ 16点以上



## 転倒・転落を防ぐための注意点



**1** ベッドから降りる時、トイレや浴室への移動、起立時・方向転換時など、転倒に注意しましょう！

**2** 眼鏡や補聴器、杖などは、ご自宅で愛用しているものをお持ちください。杖は先端がすべらないものをご用意ください。

**3** 車椅子をご利用の際は、乗り降りの時は必ずブレーキをかけてください。

**4** 寝巻きやパジャマの裾は、体にあった長さに調整してください。

**5** ベッドからは注意しておきましょう。夜間の歩き出しは危険です。特に、普段ベッドを使用されない方は注意が必要です。ベッドの上には絶対に立たないでください。

**6** テレビ台や棚は動く可能性があるので寄りかからないようにしてください。

**7** 廊下やトイレなどはぬれた所を避けて、すべらないように歩きましょう。ぬれた場所があったら看護師にお知らせください。

**8** 昼間に寝てしまうと夜眠れなくなるので、なるべく起きているようにしましょう。安静に制限のない人は手すりを使って毎日病棟内を歩きましょう。

**9** ①筋肉が落ちている方は、筋力アップを目的とした歩行訓練が有効です。  
②転倒転落防止のためのロコモ体操（裏面）が有効です。

**10** リハビリ訓練に出療時は運動靴をはきましょう。

**11** 必要な方にはトイレなどへの移動時は看護師が介助・同行します。夜間のトイレがご心配な方には、看護師からお声かけし、お連れすることもできます。

その他、わからないことがありましたら、どんなことでも看護師にご相談ください。一緒に快適な入院生活を考えていきましょう。ご用があるときは、遠慮なくナースコールを押してください。



# ロコモーショントレーニング（ロコトレ）

ロコモにはいろいろなレベルがあり、それはどれくらい歩けるかによってわかります。十分に歩ける人と、よく歩けない人では、ロコトレのやり方も違います。自分にあった安全な方法で、まず開眼片脚立ちとスクワットを始めましょう。

## 【注意】

治療中の病気やケガがあったり、体調に不安があるときは、まず医師に相談してから始めましょう。無理をせず、自分のペースで行いましょう。また、食事の直後の運動は避けましょう。なお、痛みを感じた場合は運動を中止し、医師に相談しましょう。



## ロコトレその1 開眼片脚立ち

左右1分間ずつ、  
1日3回行いましょう。

転倒しないように、  
必ずつかまるものがある場所で行いましょう。

床につかない程度に、  
片脚を上げます。



- 姿勢をまっすぐにして行うようにしましょう。
- 支えが必要な人は、十分注意して、机に両手や片手をつけて行います。



指をついただけでもできる人は、机に指先をつけて行います。

## ロコトレその2 スクワット

- イスに腰かけるように、お尻をゆっくり下ろします。
- お尻を軽く下ろすところから始めて、膝は曲がっても90度を超えないようにします。



① 肩幅より少し広めに足を広げて立ちます。つま先は30度くらいずつ開きます。



② 膝がつま先より前に出ないように、また膝が足の人差し指の方向に向くように注意して、お尻を後ろに引くように身体をしずめます。



机に手をつかずにできる場合は手を机にかざして行います。

スクワットができないときは、イスに腰かけ、机に手をつけて立ち座りの動作を繰り返します。

深呼吸をするペースで5～6回繰り返します。これを1日3回行いましょう。痛みを感じた場合は、お尻を下ろし過ぎないようにしたり、机などを支えに使ったりしてみてください。

# お薬に関する問診票



患者 ID【

】医療機関記入欄

記入日（令和 年 月 日）

入院中、安全に薬物治療を行うために、事前にお伺いしています。よろしくお願ひします。

患者氏名	
------	--

【記入者：本人・家族（続柄： ）・その他（ ）】

※①～⑥の質問に対して、該当項目に  してください。

他院受診	<p>①現在、<b>他の医療機関</b>からお薬が処方されていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <b>医療機関名・薬剤名</b>を記入してください。</p> <p>（お薬の現物・お薬手帳等提示下されば記入を省略して結構です。入院当日持参ください）</p>
休薬	<p>②今回の入院にあたって、中止するよう指示されたお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <b>薬剤名（複数あればすべて）</b>を記入してください。</p> <p>を 月 日から中止している</p> <p>例）ワーファリン（薬剤名）を〇月△日から中止している</p>
副作用	<p>③お薬を飲んだ後や注射を受けた後に<b>具合が悪くなった経験</b>はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <b>原因薬剤・症状</b>を具体的に記入してください。</p>
市販薬 健康食品	<p>④<b>市販薬や健康食品</b>など、現在使用しているものはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <b>商品名</b>を記入してください。</p>
服薬	<p>⑤お薬を飲むにあたって、<b>不都合なことは何か</b>ありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 手が不自由で自分で取り出せない</li><li><input type="checkbox"/> お薬の袋の文字が見えにくい</li><li><input type="checkbox"/> お薬が飲みこみにくい</li><li><input type="checkbox"/> 体を自分で起こすことが困難</li><li><input type="checkbox"/> お薬の飲む時間や数が分からなくなって薬の数がずれてくる</li><li><input type="checkbox"/> その他（ ）</li></ul>
管理者	<p>⑥入院前は、<b>誰がお薬の管理</b>をしていましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 自分で管理 <input type="checkbox"/> 別の方が管理</p> <p>→管理者：家族・施設のスタッフ・その他（ ）</p>

その他、お薬に関して気になることがありましたら、記入してください。

