



#### (甲府方面から)

- JR利用  
身延線上に乗車  
常永駅下車徒歩約 20 分
- バス利用  
甲府駅前(南口) 3 番線乗り場から、山梨大学附属病院行きに乗車。「山梨大学医学部附属病院」にて下車。

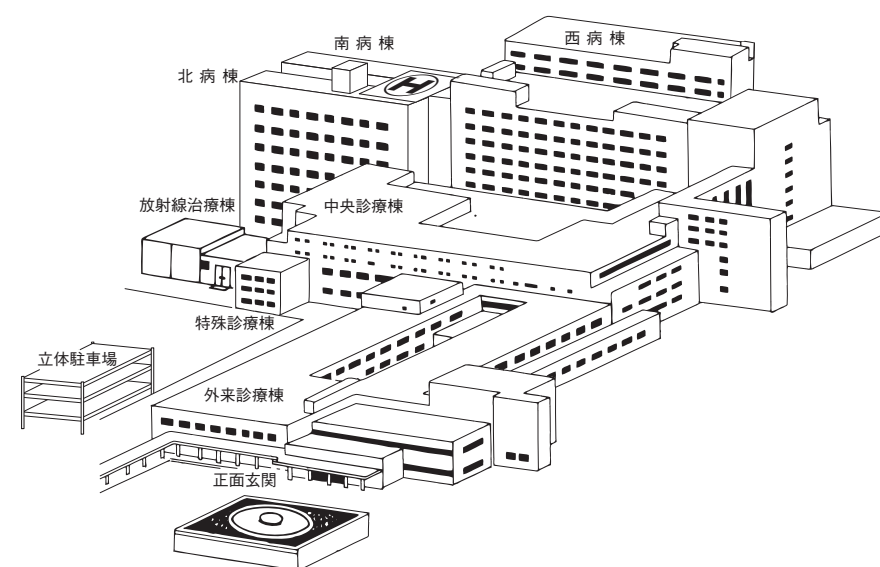
#### (富士方面から)

- JR利用  
身延線下りに乗車  
常永駅下車徒歩約 20 分

※常永駅には特急は停車しません。

#### ○乗用車利用

- ※山梨環状線を西側から車で来院される場合は、玉穂西ランプを降りその側道から「山梨大学病院南」交差点を左折。
- ※山梨環状線を東側から車で来院される場合は、本線に乗らず、その側道から「山梨大学病院南」交差点を右折。



〒 409 - 3898 山梨県中央市下河東 1110 患者さん専用ダイヤル T E L 0570 - 09 - 3111

2026.6



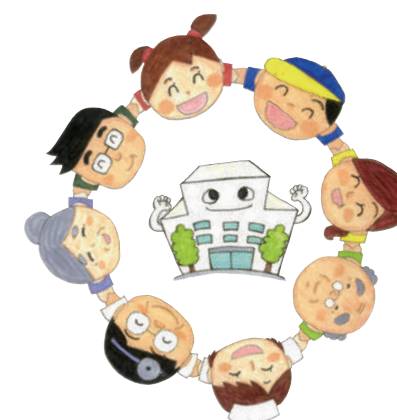
「持ち物編」



「手続き編」



「支払い・証明書編」



山梨大学医学部附属病院



病院の理念

# すべての患者さんに安心を

【基本方針】

当院は、高度医療の中核として、  
患者さんに安全で最適な医療を提供するとともに、  
人間性豊かな医療人の育成と  
臨床医学の発展に貢献します。

【目標】

- 患者さん中心の医療の提供
- 多職種連携による安全で質の高い医療の実践
- 先進医療の推進と医学の発展への貢献
- 自らの使命と責任を自覚し、豊かな人間性と高い倫理性を備えた医療人の育成
- 地域連携の強化による医療、介護および福祉の向上

## 患者さんの権利と責務

当院では、「すべての患者さんに安心を」という理念の下、医療を受ける患者さんの権利を尊重しながら、患者さんと医療者の協働により、質の高い医療を提供することを目指しています。

同時に、医療を受ける患者さんにも、責務を守り、治療に専念することをお願いします。

患者さんが責務を守れない場合、医療が提供できないなどの不利益を被る場合があることをご理解ください。

### （患者さんの権利）

1. 患者さんは、医療提供者と対等な立場で、差別なく、良質で適切な医療を受ける権利を有する。
2. 患者さんは、自らの病気や健康の状態、検査や治療の効果と危険性、代替的治療法、病状経過などの情報について、わかりやすい言葉で十分な説明を受け、また、自由に質問する権利を有する。
3. 患者さんは、医療提供者から十分な情報提供を受けた上で、治療法や医学研究・教育への関与について患者さんの意思に基づき決定する権利を有する。
4. 患者さんは、自らの意思に反する当院からの医療の提供及び教育・研究等への協力を拒否した場合であっても、何らの不利益を受けることはない。
5. 患者さんは、自らの診療情報の秘密が保護され、プライバシーが最大限尊重される権利を有する。
6. 患者さんは、自らの診療記録の開示を求める権利を有する。
7. 患者さんは、医療機関等を選択または変更する権利を有し、他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求める権利を有する。
8. 患者さんは、いかなる状況においても人間としての尊厳が守られる権利を有する。

### （患者さんの責務）

1. 適切な医療を受けるため、患者さんの健康状態等、必要とされる情報を可能な限り正確に医療提供者に伝える責務がある。
2. 治療や検査などの診療方針について、自らの希望があればそれを明らかにし、医療者から方針の説明があった場合には、十分理解することに努めた上で、出来るだけ明確な意思表示をする責務がある。
3. 医療が安全かつ効果的に実施されるよう、「患者確認」などの医療安全行動に積極的に参加する責務がある。
4. 病室や病棟の移動あるいは転院を求められた場合には、特別な理由が無い限り病院の要請に応じる責務がある。
5. すべての患者さんが適切な医療を受けるため、当院が定める規則の遵守のほか、他の患者さんの治療や医療提供に支障とならないよう配慮する責務がある。
6. 病院は、治療を受ける患者さん、付き添い者、医療従事者など、多くの人々が共生する場であることから、大声などの迷惑行為、暴言、暴力、性的嫌がらせなどの反社会的行為は厳に慎む責務がある（大声などの迷惑行為、暴言、暴力、性的嫌がらせなど反社会的行為を行った場合は以後の診療はお断りさせていただきます）。

## 山梨大学医学部附属病院における ペイシェントハラスメントに対する基本方針

当院は、患者さんやご家族等に対して真摯に対応し、信頼や期待に応えることで、より良い医療サービスの提供を心がけ、理念である「すべての患者さんに安心を」の実現を目指しています。

しかしながら、一部の診療を受ける患者さんやご家族、その関係者から、常識の範囲を超えた要求や当院の職員や他の患者・家族の人格を否定する言動・暴力・セクハラ等、その尊厳を傷つけるものもあり、これらの行為は、職場環境や診療環境の悪化を招いており重大な問題となっています（これらの患者・家族、関係者からの言動を「ペイシェントハラスメント（ペイハラ）」といいます）。

当院は、職員と他の患者さんやご家族の人権を尊重し擁護するため、これら迷惑行為等（不当な要求や言動等）に対しては、毅然とした態度で対応します。

患者さんやご家族等からこれらの行為を受けた際は、職員が上長等に報告・相談することを推奨しており、相談があった際には組織的に対応します。

山梨大学医学部附属病院 病院長

## — 禁止事項 —

当院には、多くの患者さんが入通院されており、療養環境を整えるべく、以下の迷惑行為を禁止しております。悪質と判断された場合には警察に通報をすることや診療をお断りさせていただく場合があります。患者さん及び職員の安全を守り、診療を円滑に行うため、ご理解、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

1. 職員や他の患者への強要・脅迫行為
2. 職員や他の患者へのわいせつ行為、セクシャルハラスメント
3. 暴力・暴言・大声、その他の威嚇行為
4. 建物・設備・機器などを汚損する行為
5. 危険物を持ち込む行為
6. 許可なく撮影・録音等をする行為（携帯電話・スマートフォンなど）
7. 許可なく撮影動画や録音データをインターネットに公開する行為
8. 敷地内における飲酒・喫煙行為
9. 許可なく長時間滞在する行為
10. イヤホン等無しに音楽を流すなどの騒音を発生させる行為
11. 過剰な香水などの匂いによる周囲が心身の不調を招きかねない行為
12. 職員への業務と無関係な声掛け行為
13. その他、公衆の平穏を阻害する行為

山梨大学医学部附属病院「ペイシェントハラスメント対策指針」より

## 子ども患者の権利と責務について

山梨大学医学部附属病院では、子どもの権利条約に基づいて、子どもたちの権利（生きる権利、育つ権利、守られる権利、参加する権利）を尊重します。

## 子どもの権利を守って病気に立ち向かうこと

あなたは、一人の人間として4つの権利（生きる権利、育つ権利、守られる権利、参加する権利）が守られています。あなたの成長や発達を考えた医療を受けることができます。病気に立ち向かって行くためには、患者さんのあなたと、あなたのご家族や、病院の医師、看護師などのスタッフが、協力していくことが大切です。

### あなたのために病院がすること

1. あなたは、どのような病気にかかったときでも、ほかの人と同じようによい医療を受けることができます。
2. あなたは、病気のことや検査のこと、そして病気を治していく方法を、あなたがわかることばや絵などを使って、病院の人から教えてもらうことができます。
3. あなたは、病気のことや病気を治す方法について、十分な説明を受けたうえで、自分の考えや気持ちを病院の人やご家族に伝えることができます。
4. お医者さんや看護師さんのたまごである学生も来るがありますが、いやなときはことわることができます。
5. あなたは、病気の治し方や薬が効くかどうかなどの研究への協力を頼まれたときには、十分な説明を受けて、協力するかどうかを自分で決めることができます。やめたくなれば、いつでもそれをやめることができます。決めるときに、わからないことや不安なことがあればいつでも、ご家族や病院の人たちに聞いたり、話したりすることができます。
6. あなたの秘密は守られます。病院以外の人に広がることはありません。

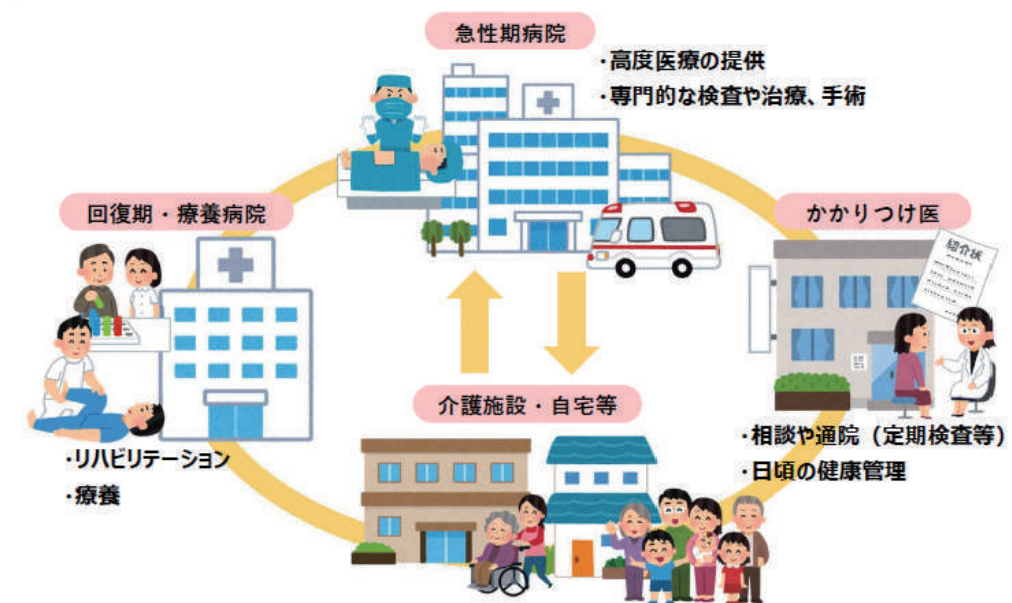
### あなたが守ってほしいこと

1. あなたのからだや気持ちのことをできるだけわしく病院の人たちに伝えてください。あなたの病気がよくなるために、大切なことです。
2. あなたは、わからないことや不安なことがあるときはいつでも、ご家族や病院の人たちに聞いたり、話したりしてください。
3. あなたとみんなが気持ちよく過ごすために、病院の約束を守ってください。

## 宗教上の理由により 輸血を拒否する患者さんへの対応について

当院ではいかなる場合も「絶対的無輸血治療」は行いません。輸血に関しては十分検討して診療を行いますが、輸血を行わなければ患者さんの生命に危険が及ぶ緊急の状況等では、救命を最優先と考え輸血を行います。この場合、患者さん・親権者の同意の有無にかかわらず輸血を行います。

## 山梨大学医学部附属病院は、高度医療を担う 急性期病院として地域医療を支えています。



- 当院は、急性期（病気やケガの初期で集中的な治療や手術が必要な時期）の医療を担っています。
- 24時間体制で急性期の患者さんを受け入れるためのベッドを確保する必要があります。
- このため、患者さんの症状が安定されましたら、**リハビリテーションや療養に専念できる「転院」や「日常の健康管理を継続して行うことのできる「かかりつけ医」へご紹介**をさせていただきます。
- 「かかりつけ医」に受診していただくことで、お薬の処方や定期検査がスムーズになり、待ち時間や通院のご負担も少なくなります。

当院は、転院・退院後も、  
地域の病院やかかりつけ医と密接に連携しあい、  
患者さんをサポートします。



当院の連携医療機関  
検索QRコード

皆さまのご理解とご協力をお願いいたします。

## 教育・研究へのご理解・ご協力のお願い

### 【学生の臨床実習について】

当院は、医療者を目指す学生への教育を行っている施設です。

医学生・看護学生等による臨床実習を行い、診療を通じて医学の教育を行っています。したがって医師・医療者の指導・監督下に医学生・看護学生・助産学生がかかわることがあるため、学生等の臨床教育などにご協力をお願いすることがあります。

### 【臨床研修について】

当院は、臨床研修病院であり指導医等の管理のもと、特に軽微で危険性が少ないと考えられる医療行為について、研修医が実施することがあります。

### 【看護師による特定行為研修について】

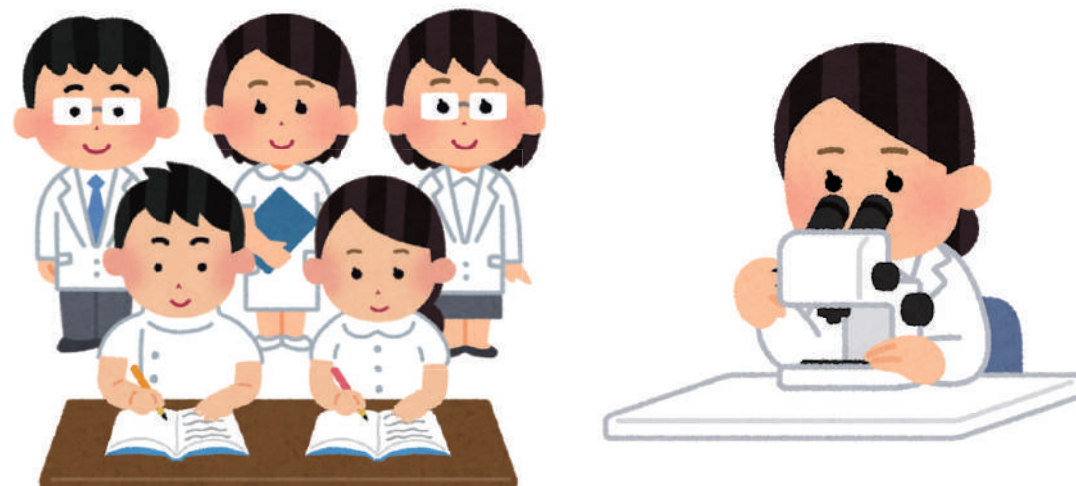
特定行為とは、医師があらかじめ作成した手順書によって看護師が一定の診療の補助を行うことにより、患者さんに必要な医療を迅速に提供することができる行為で、国が認め推進している制度です。

当院は、令和2年に厚生労働省「特定行為に係る看護師の研修制度」の研修機関として指定を受け研修を開講しています。そのため、実習施設として指導医のもと、研修生（実務経験5年以上の看護師）が実習で特定行為を実施したり、診療に同席することがあります。研修終了後は医師の作成した手順書に基づき、特定の行為を行うことがあります。

### 【治験、新しい治療法・検査の実施について】

病気によっては、患者さんの同意を得て、新薬等の治験や新しい治療法・検査等を行うこともあります。

❖なお、教育・研究等へのご参加は自由意志で決定でき、お断りになられても治療上、不利益を受けることはありませんのでご安心ください。



## 学生の臨床実習に関する患者さんへのご協力のお願い

### 1. 臨床実習とその必要性

現在の医学教育では、患者さんの経過をお聞きし、基本的な身体診察を行い、原因となる病気について考え、適切な検査や治療法を選択するという、医療の実践を学ぶ臨床実習が行われています。医学生・看護学生・助産学生は診療チームの一員として臨床実習に参加することで、医師・看護師・助産師としての基本的な態度や技能を学んでいきます。医学生は、国家試験に合格後に研修医となり、その後は良い医師として質の高い医療を提供して社会に貢献しなければなりません。臨床実習は良い医師・看護師・助産師を養成する過程において不可欠ですので、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

### 2. 臨床実習を行う医学生の能力と資格

臨床実習を行う医学生（医学科4～6年生）は、診療参加型臨床実習に参加するに十分な能力（知識、技能）があるかをみる全国規模の「共用試験」に合格し、「臨床実習生（医学）」という公的な資格を取得しています。医師法において、この資格を有する医学生は診療チームに加わって、指導医のもとで危険を伴わない医行為を行うことが認められています。

### 3. 臨床実習の医学生・看護学生・助産学生が関わる医療行為と安全への配慮

臨床実習で医学生が関わる医療行為は、危険性が低いと考えられるものに限定されています。これらは指導医の監督の下で関わることで認められています。危険性が高い医療行為は指導医が行い医学生は見学のみにとどめます。また、看護学生・助産学生は、教員や看護師の指導のもと、必要時には教員等と共に、日常生活の援助および診療の介助等の看護援助を行います。臨床実習では医療安全について十分な配慮がなされていることをご理解いただきたく存じます。

### 4. 臨床実習中に医療事故等が発生した際の対応

万一、臨床実習中に患者さんの健康を損なうことがあった場合には、病院が責任をもち適切に対応いたします。

### 5. 担当の医学生・看護学生・助産学生の交代

病棟回診などでは担当以外の医学生・看護学生・助産学生と一緒に見学をさせていただくことがあります。また、担当の医学生・看護学生・助産学生は途中で交代することがあります。

### 6. プライバシー保護

医学生・看護学生・助産学生は、必要な実習を行うために、医療記録の閲覧や医師・看護師等から診療情報の提供を受けたりすることがあります。実習を通じて知り得た患者さん・ご家族の情報については、他に漏らさず、プライバシー保護に留意します。

### 7. 拒否できる権利

臨床実習へご協力いただけない場合もあるかと思います。臨床実習にご協力いただけない場合でも、診療において何ら不利益となることはございません。もし、ご不安を感じるなど、ご質問がございましたら、ご遠慮なく担当医または看護師にお知らせください。

目次

|                      |    |
|----------------------|----|
| I 入院に関するお手続き         | 1  |
| 1.入院のお手続き            | 1  |
| 2.制度について             | 2  |
| 3.相談窓口のご案内           | 3  |
| 4.入院中の他医療機関への受診      | 3  |
| 5.入院の取り消し            | 3  |
| II 記入・提出していただく書類     | 4  |
| 病衣（入院セット）について        | 5  |
| III 入院前の確認           | 6  |
| 入院時の持ち物チェックリスト       | 6  |
| 1.入院に際して             | 7  |
| 2.診療、看護について          | 7  |
| 3.安全な医療を提供するために      | 7  |
| 4.感染対策について           | 8  |
| 5.身体的拘束について          | 8  |
| 6.放射線診療・検査における当院の方針  | 9  |
| 7.個人情報保護について         | 9  |
| 8.付き添いについて           | 9  |
| 9.貴重品の管理・盗難・紛失防止について | 9  |
| 10.プリペイドカードについて      | 9  |
| 11.駐車場について           | 10 |
| 12.電気製品の持ち込みについて     | 10 |
| 13.携帯電話の使用に関して       | 10 |
| 14.飲食・禁煙について         | 10 |
| 15.外出・外泊について         | 11 |
| 16.面会について            | 11 |
| 17.選挙について            | 11 |
| 18.郵便・宅配物について        | 11 |
| ●特別室（差額室）のご案内        | 12 |
| IV 入院生活について          | 16 |
| 1.入院生活に関すること         | 16 |
| 2.食事について             | 16 |
| 3.減災および災害時の対応について    | 18 |
| 4.院内サービスについて         | 18 |
| 5.患者さんおよびご家族の皆様へお願い  | 18 |
| V 退院に関するお手続き         | 19 |
| 1.退院のお手続き            | 19 |
| 2.お会計について            | 19 |
| 3.診断書について            | 20 |
| 4.病院に対するご意見・ご要望について  | 20 |
| 5.その他                | 20 |
| 病院案内                 | 21 |

I 入院に関するお手続き

1.入院のお手続き

入院までの流れ

- 入院前
- ❖入院予約・・・診療科外来
- 医師から入院期間や手術・治療内容についての説明があります。
- 看護師から検査や手術に必要な物品などの説明があります。
- ❖入院前オリエンテーション・・・はなみずきラウンジ
- 入院の手続きや持ち物などについて説明をします。
- 普段の生活や食事の様子などを看護師や栄養士がお聞きします。
- 使用中のお薬・サプリメント・アレルギー等を薬剤師が確認します。
- 入院当日
- ❖入院手続き・・・医事課『③入退院受付』
- 受付時間：平日午前10時15分～10時45分
- ※土日・祝日は上記時間に『時間外出入口』から入り、時間外受付で入院病棟を確認してください。入院後の平日に入院手続きをお願いします。
- 小児科（4階西）病棟に入院される方
- 入院手続きの前に、外来受診（土日・祝日の場合は救急外来受診）して入院許可が出てから『③入退院受付』で手続きを行ってください。
- 緊急入院された場合も、翌々日までに手続きをしてください。

手続きに必要なもの

- ③入退院受付へ提出
- ☐ 診察券
- ☐ マイナンバーカード（または資格確認書）
- ☐ 各種医療受給者証（お持ちの方）  
（限度額適用認定証（該当者のみ）、各公費負担受給者証（お持ちの方）等）
- ☐ 入院誓約書 ※事前にご記入ください
- ☐ 医学生の実臨床実習に関する説明・同意書
- ☐ 退院証明書（3か月以内に他院に入院したことがある方）

- 病棟看護師に提出
- ☐ 当院に入院される患者さんの意思の確認書
- ☐ 入院時情報提供書等
- ☐ お薬およびお薬手帳
- ☐ 母子手帳（小児科・産科）

- ❖ご提出いただいた診察券などの患者さんの持ち物はお預かりしていません。
- ❖マイナンバーカード（または保険証）の提示がない場合は、全額自費となりますのでご注意ください。
- ❖交通事故・労災・第三者行為による入院の場合は、必ずお手続きのときにお申し出ください。
- ❖資格確認証・医療受給者証等の変更や更新等があった場合には、速やかに医事課『③入退院受付』にお知らせください。

## 2.制度について

### <「高額療養費制度」について>

ひと月に医療機関に支払った額が高額になった場合に、定められた上限額を超えて支払った額を払い戻す制度です。

※入院時の食費負担や差額ベッド代等は含みませんが適用区分により食事の自己負担額（食事療養費）が変わる場合があります。

上限額は、年齢や所得によって異なります。

申請等については加入している保険証の発行機関へお問い合わせください。

### <「限度額適用認定証」について>

窓口での支払が高額になる場合に、自己負担額を所得に応じた限度額にするために医療機関に提出する書類です。

#### 【マイナ保険証を利用する場合】

保険証利用登録を行ったマイナンバーカードを提出し、「限度額情報の表示」に同意してください。「限度額適用認定証」のお手続き不要で、限度額を超える支払いが免除されます。

#### 【資格確認書を利用する場合】

資格確認書と併せて、限度額適用認定証をご提出ください。

#### 【①70歳以上の方】

※下記に該当する方は、「限度額適用認定証」の交付申請をしてください。

✿現役並み所得者Ⅰ・Ⅱの方

✿住民税非課税世帯の場合

| 適 用 区 分              |                                           |
|----------------------|-------------------------------------------|
| 現役並み                 | 年収約1,160万円～<br>標報83万円以上／課税所得690万円以上       |
|                      | 年収約770万円～約1,160万円<br>標報53万円以上／課税所得380万円以上 |
|                      | 年収約370万円～約770万円<br>標報28万円以上／課税所得145万円以上   |
| 一般                   | 年収約156万円～約370万円<br>標報26万円以下／課税所得145万円未満等  |
| 非住<br>課税<br>民<br>等 税 | Ⅱ 住民税非課税世帯                                |
|                      | Ⅰ 住民税非課税世帯<br>(年金収入80万円以下など)              |



参考  
【協会けんぽ：高額療養費ページへのリンク】



#### 【②70歳未満の方】

※「限度額適用認定証」の交付申請をしてください。

限度額適用認定証は加入している公的医療保険にて申請してください。

\*交付手続きを行わない場合、窓口負担が高額になっても一旦病院にお支払いいただき、後でご加入の公的医療保険にて高額療養費の支給申請を行うと、払戻しを受けることができます。

\*不明な点は、病棟事務員または医事課『③入退院受付』もしくは『⑦患者等相談窓口』にお問い合わせください。

## 3.相談窓口のご案内

✿患者さんの相談支援窓口として、外来ホールに『総合相談・支援センター／がん相談支援センター／脳卒中・心臓病等総合支援センター』があります。

総合相談・支援センター TEL：0570-09-3111（平日 8：30 ～ 17：15）

- ・医療費の支払いのこと
- ・福祉制度や自立支援医療等の公費負担制度について
- ・難病に関する相談
- ・脳卒中、心臓病に関する相談
- ・医療安全についてのご意見
- ・その他、病院に対する意見、要望等

がん相談支援センター TEL：055-273-8093（平日 9：00 ～ 17：00）

（相談例）

- ・つらい気持ちや抱えている思いを聞いてほしい
- ・病気のことを家族や職場にどう伝えてよいかわからない
- ・仕事・学業と治療の両立について
- ・担当医に治療の疑問や希望をうまく伝えられない
- ・AYA（15歳～39歳まで）世代の情報がほしい

## 4.入院中の他医療機関への受診

原則として外出・外泊中含め入院中の他の医療機関の受診はできません。

（ご家族による薬の受け取り等も含みます）

当院入院中に無断で他医療機関を受診した場合は、保険扱いとならない場合（全額自己負担）がありますので、以下のような場合必ず主治医にご相談ください。

- ・他医療機関で処方された薬がなくなる
- ・他医療機関で処方された薬を服用したい
- ・他医療機関での診察予約日がくる



## 5.入院の取り消し

ご都合により入院の取り消しを希望される方は、お早めに主治医までご連絡ください。

★入院手続きに関するご質問等ありましたら、下記までお問い合わせください。

山梨大学医学部附属病院 医事課 入院担当（平日8：30～17：15）

TEL 0570-09-3111（患者さん専用ダイヤル）

## Ⅱ 記入・提出していただく書類

### 病棟に提出していただく書類

- ☐ 当院に入院される患者さんの意思確認書
- ☐ 入院時情報提供書
- ☐ 生活のしやすさに関する質問票
- ☐ 想いをつたえ、ともに歩む医療とケア質問票
- ☐ 65歳以上の患者さんまたはそのご家族へ認知機能に関する質問票

### 医事課（③入退院受付）に提出していただく書類

- ☐ 入院誓約書
- ☐ 医学生の実習に関する説明・同意書

全ての書類にご記入いただき、入院時にご持参ください。

### 病衣（入院セット）について

※入院中の病衣等に関するご案内となりますので、必ずご確認ください

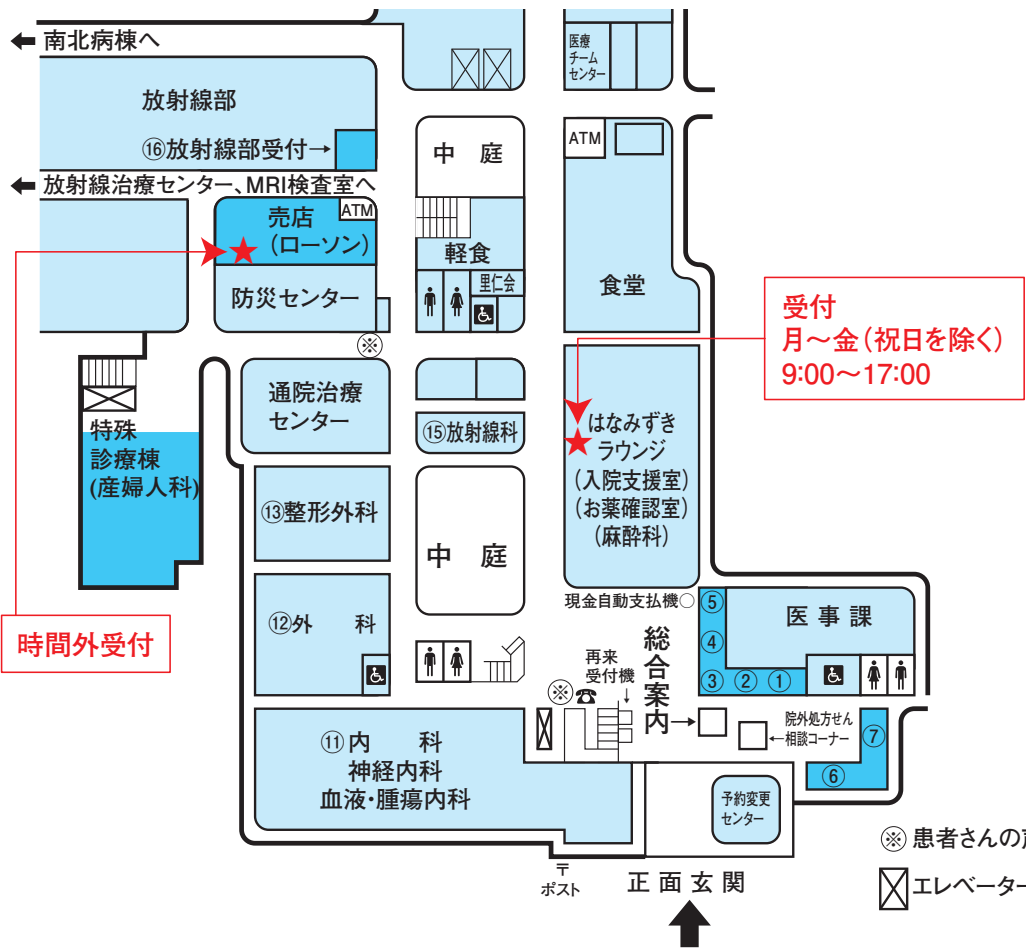


### 病衣（入院セット）について

- 当院では、提携業者が提供する入院セットを導入しています。
- 入院セットとは、入院患者さんへのサービス向上及びご家族の皆さんの負担軽減等を目的とした、入院生活に必要な病衣・タオル・紙おむつを日額で利用できるサービスです。入院セットを利用される方を対象とした日用品セットの売り切りサービスもあります。
- 入院セットの利用を希望される方は、以下の受付場所でお手続きください。なお、入院セットを利用されない方は、ご自身で着替えのご準備をお願いします。

| 曜日・時間                   | 受付場所             |
|-------------------------|------------------|
| 月～金（祝日除く）<br>9：00～17：00 | 1階はなみずきラウンジの専用窓口 |
| 土・日・祝日<br>19：00～翌9：00   | 病棟スタッフまでお申し出ください |
| 上記以外                    | 1階売店（ローソン）       |

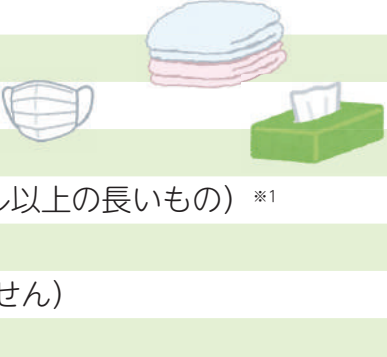
- 新生児特定集中治療室（NICU）、新生児治療回復室（GCU）、集中治療室（ICU）において病衣の貸出を希望される方は、病棟スタッフまでお申し出ください。なお、貸出は病衣のみとなります。



### Ⅲ 入院前の確認

#### 入院時の持ち物チェックリスト

持ち物には名前をご記入ください。収納に限りがあります、不要な荷物は持参しないようお願いします。

|             |                          |                                            |                                                                                       |
|-------------|--------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 洗面用具        | <input type="checkbox"/> | 石鹸またはボディソープ※1                              |     |
|             | <input type="checkbox"/> | コップ(ガラス、陶器以外)※1                            |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | 歯ブラシ・歯磨き粉※1                                |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | シャンプー・リンス※1                                |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | くし・ヘアブラシ                                   |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | 髭剃り（電気カミソリに限る）                             |                                                                                       |
| 着替え         | <input type="checkbox"/> | 下着                                         |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | パジャマ（必要な方）※1                               |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | おむつ※1・生理用品（必要な方）                           |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | 履き物※2                                      |                                                                                       |
| お薬          | <input type="checkbox"/> | お薬 ★現在ご使用中のすべてのお薬（軟膏・目薬・サプリメント含む）          |    |
|             | <input type="checkbox"/> | お薬手帳                                       |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | 血糖測定の器具（使用している方）                           |                                                                                       |
| その他         | <input type="checkbox"/> | タオル※1                                      |   |
|             | <input type="checkbox"/> | バスタオル※1                                    |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | マスク（不織布マスク）※1                              |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | ティッシュペーパー※1                                |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | イヤホン（コードが1メートル以上の長いもの）※1                   |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | 筆記用具                                       |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | 時計（病室内に時計はありません）                           |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | 飲み物（お茶や水）                                  |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | 母子手帳（15歳未満の患者さん）                           |                                                                                       |
| 必要時         | <input type="checkbox"/> | めがね・コンタクトレンズ・補聴器・入れ歯<br>★ケースや手入れ用品もご持参ください |  |
|             | <input type="checkbox"/> | 杖・シルバーカー                                   |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | ペースメーカー手帳                                  |                                                                                       |
|             | <input type="checkbox"/> | 検査および手術の同意書等                               |                                                                                       |
| 手術・検査で必要なもの | <input type="checkbox"/> | 検査および手術の同意書等                               |                                                                                       |

※1 入院セットのレンタルサービスもございます。詳しくは当院ホームページをご確認ください。  
※2 転倒防止や非常時に備え、履き物は滑りにくい靴底で、かかとが覆われている履き物をご使用ください。外履きのもので結構です。1階売店（ローソン）でも履き物をご購入いただけます。

#### 入院時に持ち込み禁止なもの

※必要時、ドライヤー・爪切り・ハサミは病棟で貸し出します。

※刃物類（T字カミソリ、爪切り・カッター・ハサミ・果物ナイフ等）  
※火気類（マッチ・ライター等）  
※たばこ・電子タバコ  
※酒類、ノンアルコールビール、甘酒



#### 1.入院に際して

- ❁入院予定の病棟が満床であった場合、別の病棟の病室をご用意します。
- ❁個室をご希望しても入室できない場合があります。
- ❁入院中に大部屋から個室または個室から大部屋に部屋移動をお願いすることがあります。
- ❁荷物の収納スペースが限られています。床頭台のキャビネット（35～50×55×90～110cm程度）に収まる程度の荷物をご持参ください。

#### 2.診療、看護について

- ❁当院ではチーム医療を基本とし、通常数名の担当医が協力して治療にあたります。
- ❁患者さんのプライバシーや、意思を尊重するため、事前にご家族の中から病気の説明を主に受ける方を選んでおいてください。
- ❁入院に関して心配なことや疑問について、担当看護師(または受け持ち看護師)にご相談ください。

担当看護師は、入院から退院まで患者さんを担当します。  
受け持ち看護師は、担当看護師が不在の日に患者さんを担当します。  
どのようなことでもお気軽に相談してください。



#### 3.安全な医療を提供するために

- ❁当院では「氏名（フルネーム）」と「誕生日」での患者さんの確認を実施しています。
- ❁医師や看護師から氏名を確認されない場合にも、患者さん自ら氏名を名乗ってくださるようご協力をお願いします。

氏名と誕生日をお願いします



山梨 富士雄  
2月23日生まれです

- ❁当院は入院される患者さんに対して、誤認防止対策としてリストバンドを装着していただくようお願いしています。
- ❁リストバンドの装着により、皮膚が赤くなったりかゆくなったりした場合は看護師または医師にお知らせください。

※リストバンドの装着を了承いただけない場合、医療者の患者確認行動に影響が出る場合があります。

※リストバンドの装着を了承いただけない場合はベッドネームに装着します。



- ❁まつ毛エクステ・ジェルネイル等の化粧、ウィッグやかつらは治療・検査に影響がありますので、入院中は外していただきます。



- ❁マニキュアは治療内容によって外していただく場合があります。

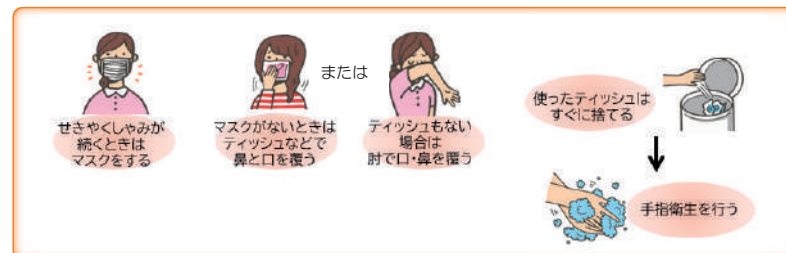
- ❁手術を受けられる患者さんには、手術前に医師が手術部位を説明しマーキング（印）を行う場合があります。安全な手術実施のためご協力をお願いします。

## 4.感染対策について

- ❖入院前に患者さん・ご家族などが、感染性の病気（かぜ、感染性胃腸炎、新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ、水ぼうそう、おたふくかぜ、はしか、風疹など）にかかった場合は、状況により入院を延期させていただく可能性があります。必ず外来または病棟へご連絡ください。
- ❖病室入口に備付けのアルコール消毒剤で頻繁に手を消毒してください。アルコールでかぶれる方は、流水と石鹸で手洗いしてください。手洗いは感染拡大防止に特に重要です。
- ❖吐き気や下痢などの症状がある場合は、医師・看護師に伝えてください。吐いてしまった場合は、吐物には触らずに看護師をすぐに呼んでください。
- ❖咳やくしゃみの症状があれば、常時マスクを着用してください。職員がマスク着用をお願いする場合があります。
- ❖感染拡大防止のため、職員が手袋・マスク・ガウンなどを使用して患者さんに対応する場合があります。
- ❖生花やドライフラワーの院内への持ち込みはご遠慮ください。



咳エチケット



マスクは、エレベーターホール、マスク販売機又は1階売店・ローソンにて販売しております。

## 5. 身体的拘束について

- ❖入院により環境が変わったり、病気や障害による心身の負担から、患者さんが思いがけない行動をとってしまうことがあります。その結果、転倒・転落や、治療に必要なチューブ類を抜いてしまうなど、思わぬ危険が生じる場合があります。
- ❖当院では、患者さんの命と安全を守るため、やむを得ない場合に限り身体的拘束を行うことがあります。
- ❖当院では、①患者さんご本人または周囲に差し迫った危険がある、②身体的拘束以外の方法では安全が確保できない、③一時的な対応として最小限の範囲で行う、の3つすべてを満たす場合のみ実施します。

### 【身体的拘束実施の3要件】

- ①切迫性：身体的拘束を行わない場合、患者さんご本人または他の患者の生命や身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- ②非代替性：他の方法では患者さんご本人の安全を確保できないこと
- ③一時性：身体的拘束は一時的であり、必要性がなくなった場合は速やかに中止すること

- ❖患者さんの状態変化により、緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合があります。その際は急なご連絡となる場合があります。
- ❖安全な医療提供のため、検査・処置・搬送・リハビリテーション時に、必要に応じて一時的な身体固定を行う場合があります。これらは身体的拘束には該当しませんが、最小限かつ短時間に限り実施し、終了後は速やかに解除いたします。
- ❖身体的拘束最小化の取組について、詳しくは当院ホームページをご覧ください、ご不明な点は医師又は看護師までお声かけください。

身体的拘束・行動制限最小化の取組



## 6.放射線診療・検査における当院の方針

- ❖患者さんが安心して検査を受けるため、放射線被ばくによる身体への影響を考え、ほかの検査や治療法を選択するよりも、放射線診療が最適であると判断した場合に放射線による検査や治療を行っています。
- ❖当院では、その検査や治療を実施するうえで最も適した放射線量を検討し、患者さんが安心して放射線診療を受けることができるよう被ばく線量の最適化を行っています。
- ❖放射線検査による被ばくについて、詳細は当院ホームページをご覧ください、質問等がございましたら、放射線部受付までご連絡ください。

放射線検査による被ばくについて



## 7.個人情報保護について

- ❖入院患者さんへの電話のお取次はできませんので、ご了承ください。
- ❖電話でのお問い合わせには一切応じておりません。

## 8.付き添いについて

- ❖原則として付き添いは出来ません。状況に応じて可能な場合もありますので、希望する場合は主治医または看護師長にお申し出ください。
- ❖付き添いの方への食事提供はありません。

## 9.貴重品の管理・盗難・紛失防止について

- ❖ナースステーションでは金品および貴重品のお預かりはできません。盗難防止のため、貴重品や多額の現金はお持ちにならないでください。
- ❖貴重品をお持ちの場合は、キャビネットの鍵つきの引き出しをご利用ください。鍵の管理はご自身で行っていただきます。  
※鍵を紛失された場合は、費用をご負担いただきます。
- ❖貴重品の紛失、破損、汚染等が生じた場合でも、当院は責任を負いかねます。
- ❖義歯・補聴器・ゲーム機等をご自身で管理をお願いします。
- ❖病院内のキャッシュコーナーは以下の場所に設置してあります。
  - ・1階 食堂隣（山梨中央銀行ATM）
  - ・1階 売店（ローソン銀行ATM）



## 10.プリペイドカードについて

- ❖病棟内のテレビ、冷蔵庫、洗濯機の利用には、プリペイドカードが必要です。プリペイドカードは各病棟に設置の販売機又は1階売店（ローソン）で販売しています。1枚2千円で、販売機は千円札のみのご使用可能となっております。
- ❖プリペイドカードの精算機は病院正面玄関ホールおよび時間外出入口に設置してあります。
- ❖プリペイドカードの盗難防止のため、保管・管理には充分ご注意ください。



## 11. 駐車場について

- ❁入院期間中、ご自分の車を病院構内に駐車しておくことは出来ません。
- ❁付き添いの方、面会者の方の立体駐車場のご利用は8時間まで100円となります。8時間を超えた場合は1日につき1,000円となります。
- ❁ご家族の方が毎日、何回も来院される場合、駐車場パスカードをご利用いただけます。  
※有効期間中は何回でも入出構できます。〔100円/日 × 使用期間分（30 日限度）〕  
ご希望の方は、キャッシュコーナー横「パスカード発行窓口」で申請してください。  
（平日9：00～17：00）

## 12. 電気製品の持ち込みについて

- ❁原則、電気製品は持ち込みできません。電気シェーバー、ノートパソコン・DVDプレイヤー等のみ持ち込み可能です。
- ❁機器の管理は患者さんご自身で行っていただきます。当院では盗難・故障・破損等の責任は負いかねます。
- ❁使用時は操作音等が他の方の迷惑にならないよう配慮いただき、消灯時間以降の使用はご遠慮ください。
- ❁電波を発する機器のご使用にあたっては、事前に看護師にご相談ください。電波干渉が生じる可能性があります。

## 13. 携帯電話の使用に関して

携帯電話・スマートフォンはマナーを守ってご使用ください。



通話可能

デイルーム  
入院病室（個室のみ）  
玄関ロビー・外来廊下



通話不可

入院病室（大部屋）  
病棟廊下  
診察室・治療室

- ❁院内ではマナーモードにしてください。
- ❁大声での通話や歩きながらの操作はご遠慮ください。
- ❁通行の妨げになる場所でのご使用はご遠慮ください。
- ❁Wi-Fiの設定方法は病棟掲示板をご覧ください。



公衆電話は南・北病棟のエレベーターホール（1階、4～7階）  
西病棟（1階、3階）にあります。  
※テレホンカードは1階売店（ローソン）で購入できます。

## 14. 飲食・禁煙について

- ❁許可されたもの以外の飲食の持ち込みはできません。入院中の食事は医師が許可した場合を除き、原則病院食となります。
- ❁入院中の飲酒は禁止となっています。
- ❁病院敷地内は全面禁煙です。



## 15. 外出・外泊について

- ❁外出・外泊は、なるべくしないですむように入院前に準備調整をしてください。
- ❁許可なく外出・外泊された場合は、責任を負いかねます。  
※退院していただく事もあります。
- ❁病棟を離れる時は、たとえ短時間であっても必ず看護師に申し出てください。
- ❁申し出なく病棟を離れた時は、職員より所在の確認をする場合がありますので、病棟を離れる際は、携帯電話を携帯するようにお願いします。
- ❁外出・外泊時、人混みに出られる場合は、マスクを着用し、うがい・手洗いを励行して感染症にかからないよう心がけてください。



## 16. 面会について

### ① 面会時間

| 病棟                   | 曜日・休日 | 面会可能時間      |
|----------------------|-------|-------------|
| 一般病棟<br>（小児科・産科病棟除く） | 月～金   | 14：00～19：00 |
|                      | 土日・祝日 |             |

※小児科と産科の面会は入院時にご確認ください。

- ❁面会する方は、下記の場所で体温測定し、備え付けの「面会札」を携帯してください。  
平日 病院正面玄関  
土日・祝日 時間外入口

### ② 注意点

- ❁時間外の面会は、診療・患者さんの安静に差し障るため、ご遠慮ください。
- ❁12歳以下のお子様は面会できません。
- ❁発熱、咳、咽頭痛、鼻汁、倦怠感、下痢、発疹等の症状がある方は、面会をお断りしております。
- ❁治療上の必要性や感染症の流行等により、面会が制限・禁止される事があります。感染症の流行期間はマスクの着用をお願いすることがあります。
- ❁生ものや調理後時間が経過した食品は食中毒の原因となることもありますので、差し入れはご遠慮ください。
- ❁病状に関するお問い合わせ、電話での対応は行っておりませんのでご了承ください。
- ❁面会時間以外の荷物受け渡しは、病棟入口のインターフォンでお伝えください。



## 17. 選挙について

- ❁可能な限り期日前投票を済ませてから入院してください。
- ❁不在者投票を希望する場合は、期日までに看護師長にお伝えください。

## 18. 郵便・宅配物について

- ❁郵便物が届く方は、送り主に郵便物の宛先として、病棟名・診療科名をお伝えください。
- ❁郵便ポストは病院正面玄関と1階売店（ローソン）に設置してあります。
- ❁患者さん宛の宅配物は受け取りを行っておりません。

●特別室（差額室）のご案内

特別室に入室をご希望の方は、医師または看護師長までお申し出ください（一部差額個室は利用できる診療科に限られます）。

|              |                                                  | S                | A           | B          |             | C          | D          | E          |
|--------------|--------------------------------------------------|------------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
|              |                                                  |                  | 産科病棟        |            | 西病棟         |            | 緩和ケア病床等    | 精神科病棟      |
| 1日当たり（保険適用外） |                                                  | 29,700円(税込)      | 10,000円(税抜) | 9,900円(税込) |             | 6,600円(税込) | 5,500円(税込) | 4,400円(税込) |
| 設備           | 浴室                                               | ○                |             |            |             |            |            |            |
|              | シャワールーム                                          |                  | ○           | ○          | ○           |            |            |            |
|              | トイレ                                              | ○                | ○           | ○          | ○           |            | ○          | ○          |
|              | テレビ                                              | 大型テレビ            | 大型テレビ       | 大型テレビ      |             | ○          |            |            |
|              | 冷蔵庫                                              | ○                | ○           | ○          |             | ○          |            |            |
|              | 簡易ベッドチェア                                         | ○                | ○           | ○          | ○<br>(3西除く) |            | ○          |            |
|              | 片開ワードローブ                                         |                  | ○           | ○          |             |            |            |            |
|              | テーブル                                             |                  | ○           | ○          | ○           | 移動式        | ○          | ○          |
|              | 3段チェスト                                           |                  | ○           | ○          |             | ○          |            |            |
|              | 電動ベッド                                            | ○                | ○           | ○          | ○           | ○          | ○          | ○          |
|              | 洗面台                                              | ○                | ○           | ○          | ○           | ○          | ○          | ○          |
|              | 床頭台<br><small>(無料(テレビ、冷蔵冷蔵庫)、<br/>ロッカー付)</small> |                  |             |            | ○           |            | ○          |            |
|              | 床頭台<br><small>(有料(テレビ、冷蔵冷蔵庫)、<br/>ロッカー付)</small> |                  |             |            |             |            |            | ○          |
|              | 床頭台                                              | ○                |             |            |             |            |            |            |
|              | 椅子                                               | ○                |             |            |             | ○          |            |            |
|              | クローゼット                                           | ○                |             |            |             | ○          | ○          |            |
|              | その他                                              | 応接セット、<br>ミニキッチン | BDプレーヤー     |            |             |            |            |            |
| 2階西病棟（44床）   |                                                  |                  |             |            | 6床          |            |            |            |
| 3階西病棟（32床）   |                                                  |                  |             |            | 3床          |            |            | 7床         |
| 4階西病棟（30床）   |                                                  |                  |             |            | 5床          |            |            |            |
| 4階南病棟（34床）   |                                                  |                  |             | 6床         |             |            |            |            |
| 4階北病棟（23床）   |                                                  |                  | 15床         |            |             |            |            |            |
| 5階西病棟（50床）   |                                                  |                  |             |            | 10床         |            |            |            |
| 5階南病棟（46床）   |                                                  |                  |             | 8床         |             |            |            |            |
| 5階北病棟（48床）   |                                                  |                  |             | 6床         |             |            |            |            |
| 6階西病棟（49床）   |                                                  |                  |             |            | 10床         |            |            |            |
| 6階南病棟（46床）   |                                                  |                  |             | 9床         |             |            |            |            |
| 6階北病棟（48床）   |                                                  |                  |             | 8床         |             |            |            |            |
| 7階西病棟（37床）   |                                                  | 1床               |             |            | 4床          |            | 6床         |            |
| 7階南病棟（47床）   |                                                  |                  |             | 10床        |             |            |            |            |
| 7階北病棟（46床）   |                                                  |                  |             | 8床         |             | 1床         |            |            |

注）・入室当日および退院当日の室料は、入室または退院の時間にかかわらず1日分の室料となります。

- ・病室を移動した日の室料は、移動先の室料となります。
- ・外泊中も室料はかかります。
- ・消費税法で非課税とされる医師、助産師その他医療に関する施設の開設者による助産に係る資産の譲渡等に該当する場合について、非課税となります。
- ・設備について本しおりと現状が異なる場合は現状を優先します。
- ・特別室はすべて1人床となっております。

差額個室(S) 室料：29,700 円（税込）



室内設備

浴室・専用トイレ・大型 TV・冷蔵庫・簡易ベッドチェア  
応接セット・ミニキッチン・椅子・クローゼット 他

<設置病棟> □7階西病棟：1床

差額個室(A) 室料：10,000 円（税抜）



室内設備

シャワー・専用トイレ・TV（32 型）・BD プレーヤー・冷蔵庫  
テーブル・椅子・簡易ベッドチェア・チェスト 他

<設置病棟> □4階北病棟【産科病棟】：15 床

❁病棟紹介動画のご案内

病棟や病室についての詳細は、以下の動画をご覧ください。

一般病棟



小児科病棟



一般病棟の差額個室料金が現在の料金と  
異なりますので、ご了承ください。

無料 Wi-Fi ご利用いただけます



Free Wi-Fi  
25 ページをご覧ください

【南北病棟】

差額個室(B) 室料：9,900 円（税込）



【西病棟】

室内設備

シャワー・専用トイレ・チェスト・TV・冷蔵庫（西病棟は床頭台（TV・冷蔵庫無料））  
テーブル・簡易ベッドチェア（3西除く） 他

＜設置病棟＞ □93 床（2 階西病棟：6 床、3 階西病棟：3 床、4 階西病棟：5 床、4 階南病棟 6 床、  
5 階西病棟：10 床、5 階南病棟：8 床、5 階北病棟：6 床、6 階西病棟：10 床、6 階南病棟、：9 床、  
6 階北病棟：8 床、7 階西病棟：4 床、7 階南病棟：10 床、7 階北病棟：8 床）

差額個室(C) 室料：6,600 円（税込）

室内設備 TV・冷蔵庫・移動式テーブル・椅子・チェスト・クローゼット 他

＜設置病棟＞ □7 階北病棟：1 床

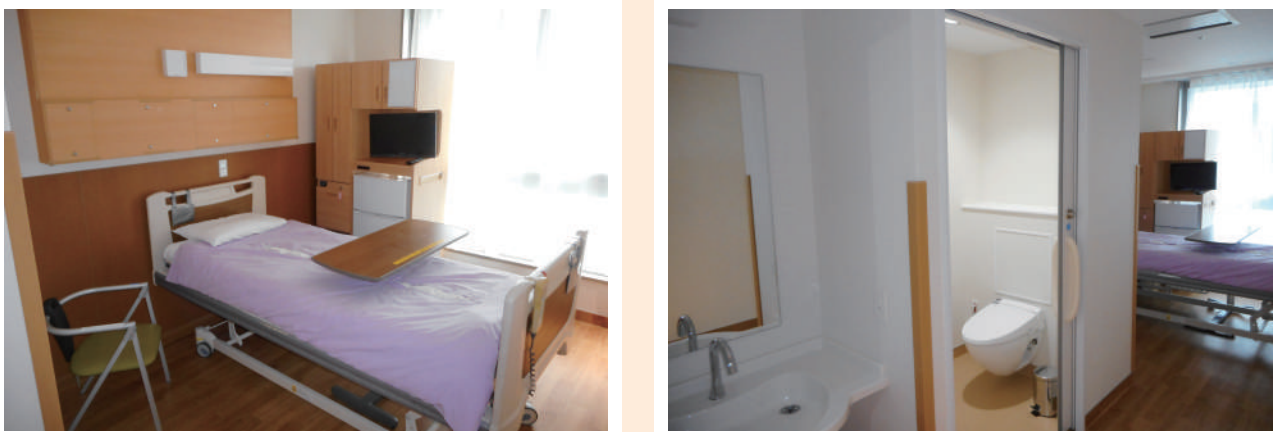
差額個室(D) 室料：5,500 円（税込）



室内設備 専用トイレ・床頭台（TV・冷蔵庫無料）・簡易ベッドチェア・クローゼット 他

＜設置病棟＞ □7 階西病棟【緩和ケア病床等】：6 床

差額個室(E) 室料：4,400 円（税込）



室内設備 専用トイレ・床頭台（TV・冷蔵庫有料） 他

＜設置病棟＞ □3 階西病棟【精神科病棟】：7 床

# Ⅳ 入院生活について

## 1. 入院生活に関すること

6:00 起床

検温

7:30 朝食

検温

12:00 昼食

検温

18:00 夕食

検温

21:00 就寝

検温

❁ ご用の際にはナース・コールでお呼びください。

❁ 検温時に食事の摂取量、尿・便の回数をお尋ねします。

※院内の体温計は貸与です。患者さんの不注意により破損・紛失した場合は、1階売店（ローソン）で購入し返却していただきます。

❁ 主治医チームの回診が定期的に行われます。

❁ 医師との面談をご希望の方は、事前にお伝えください。

❁ 週に1回シーツ交換があります。

❁ 洗面所の使用時間は6時～21時です。

❁ シャワーは病棟により利用時間や利用方法が異なります。入院時に病棟スタッフがご説明いたします。

❁ 病室の空調に不都合がある場合は看護師にお伝えください。

※ベッドサイドでもある程度の調節ができます。

❁ 備え付けのオーバーテーブルは動きます。立ち上がるときに手をついたりしないようご注意ください。

❁ ベッドからの転落防止のため、患者さんの状態によりベッド柵を使用する場合があります。

❁ テレビ・ラジオ等の使用時はイヤホンをつけご利用ください。21時以降の大部屋での視聴はご遠慮ください。（イヤホンは1階売店（ローソン）でも購入できます。）

❁ 話し声や物音などに十分配慮しておりますが、騒音など気になった場合はご相談ください。



## 2. 食事について

❁ 食物アレルギーがある場合は、医師・看護師にお伝えください。

朝食 7:30

検温

昼食 12:00

検温

夕食 18:00

検温

❁ 病院食は医療の一環として提供されています。患者さんの病状に応じて食事内容が異なります。許可されたもの以外の飲食の持ち込みはできません。入院中の食事は医師が許可した場合を除き、原則病院食となります。（酒類等の持ち込みは禁止です。）

❁ 食事が食べられない場合は、主治医・看護師・管理栄養士が対応いたしますのでその旨をお伝えください。





❁ 入院患者さんへの医療（食）環境向上のため、下記食事の提供を行っています。

・ 季節の食材を用いた一般食・治療食行楽弁当（春・秋/年2回）

・ おせち料理（正月）

・ おたのしみランチ（月2回）

お子様が食べて楽しめる、栄養バランスも考えられたランチメニューです。

アレルギー対応あり、すべての幼児・学童が対象です。







行楽弁当

おせち

おたのしみランチ例

・ 選択食（毎週金曜日の夕食）

一般普通常食Aの患者さんが対象、病棟を限定して実施しています。

「A定食」と「B定食」からお好みで選択していただきます。

※B定食は1食あたり標準食（自己負担額）にプラス500円の実費負担をいただきます。

・ 産科病棟お祝い膳（出産後 退院前の昼食）

専任の調理スタッフが手掛ける、普段より豪華なメニューです。

アレルギー対応ができませんので、食事の前に医師と相談してください。





B定食

お祝い膳一例

❁ 栄養指導について

医師の指示に基づき、疾患の進展阻止や合併症予防、栄養状態の維持・改善のため、下記の時間帯において「個別指導」と「集団指導」を予約制で行っています。（祝日除く）

個別指導

| 個別指導日 | 指導内容     | 時間帯              |                   | 場所    |
|-------|----------|------------------|-------------------|-------|
| 月～金曜日 | 栄養指導（全般） | 午前<br>9:00～12:00 | 午後<br>14:00～17:00 | 栄養相談室 |

集団指導

| 集団指導日 | 指導内容 | 時間帯               | 場所         |
|-------|------|-------------------|------------|
| 毎週金曜日 | 糖尿病  | 午後<br>15:30～16:30 | 5階カンファレンス室 |

16

山梨大学医学部附属病院

UNIVERSITY OF YAMANASHI HOSPITAL

17

### 3. 減災および災害時の対応について

- ❁病棟にて、非常口・避難経路の確認をしてください。非常時には病棟の医師・看護師の指示に従ってください。
- ❁枕元には、必ずタオルをご用意ください。災害発生時に使用します。
- ❁床頭台のキャビネットの上や床には物を置かないようにしてください。



#### ⚠ 非常時のお願い

- ❁貴重品やタオルを用意し、看護師が連絡するまで待機してください。なお、私物の管理については責任を負いかねますのであらかじめご了承ください。
- ❁避難誘導は看護師等職員が行います。絶対に一人では行動しないでください。
- ❁歩けない方は、救助者がまいりますので病室でお待ちください。
- ❁お子さんは、ご家族がおられる場合は「おんぶ・抱っこ」などして待機してください。
- ❁エレベーターは危険ですので使用しないでください。
- ❁非常時に無断で自宅に帰る事は絶対にしないでください。



非常時の安否確認は、**災害伝言ダイヤル《171》**をご利用ください。

### 4. 院内サービスについて

- ❁コインランドリー（利用時間：6時～21時）  
各病棟にあり、使用にはプリペイドカードが必要です。  
使用方法については看護師にお尋ねください。  
洗剤は個人でご準備ください。
- ❁散髪をご希望の方は、散髪屋に連絡をしますので看護師にお伝えください。（有料）
- ❁1階売店（ローソン）  
営業時間：平日24時間（月曜日 8時30分～） 土曜日～19時 日・祝 9時～19時



### 5. 患者さんおよびご家族の皆様へお願い

- ❁当院では、病院職員の長時間労働を防止するとともに、今後もより良質な医療を提供するため、「職員の働き方改革」に取り組んでおります。
- ❁職員ひとりひとりが業務の効率化に努めるとともに、患者さん・ご家族の方々にも以下の点についてご理解のほど、お願いいたします。
  1. 患者さんへの診療対応は、チーム診療制としております。
  2. 患者さんへの病状説明や、相談対応などは平日午前9時～午後5時の間に行います。  
（緊急の場合はこの限りではありません）

## V 退院に関する手続き

### 1. 退院のお手続き

- ❁退院時間は原則 午前10時（時間厳守）となっております。円滑な入退院のため、定刻どおりのご退院をお願いします。
- ❁退院前に、医師から退院後の生活等についての説明があります。

### 2. お会計について

- ❁退院時に診療料金請求書をお届けします。病室またはデイルームでお待ちください。退院日が休日の場合や料金計算が後日になる場合は、支払誓約書に必要事項をご記入ください。

#### 支払い時に必要なもの

- ☐ 診療料金請求書
- ☐ マイナンバーカード（または資格確認証）



#### 支払い方法

場 所：医事課『⑤会計』窓口  
取扱時間：平日 8時30分～17時15分

- ❁お支払いは現金のほか、各種クレジットカード、デビットカード、現金書留、銀行振込（手数料は患者さん負担）によるお支払いが可能です。詳しくは医事課『⑤会計』窓口でお尋ねください。
- ❁診療内容により退院後に追加料金の請求をさせていただくことがあります。
- ❁領収書は高額医療費の払戻しや、医療費控除などに必要です。再発行は出来かねますので大切に保管してください。
- ❁交通事故や喧嘩等の第三者行為の場合であっても、治療を受けた患者さんが債務者（支払い義務がある者）となります。

#### <入院医療費の算定方式について>

当院は、特定機能病院等における入院診療費の包括評価「DPC（診断群分類包括評価制度）」の対象病院です。

「包括評価」では入院される患者さんの病気や治療内容に応じて定められている1日当たりの点数を基本に医療費を計算します。

この算定方式が適用されるのは、入院基本料や検査、投薬、注射、画像診断等で、手術や麻酔、一部の処置・検査等については「出来高払い方式」で算定されます。なお、労災・公災・自費・分娩と精神病床・歯科病床については、包括評価の対象となりません。

<長期入院における入院基本料の一部自己負担について>

法律に基づき、同一傷病による入院期間が（他の病院に同疾患で入院していた期間も含み）通算180日を超えた場合、患者さんに入院基本料の一部を自費にてお支払いいただく場合があります。

3. 診断書について

- ❁ 診断書・証明書等の申込は外来ホール『⑥証明書・診断書窓口』で受付しています。料金は診断書・証明書の種類により異なります。
- ❁ 診断書・証明書等のお渡しには、お申し込みから2～3週間を目安としております。記載内容等により、完成まで3週間以上要する場合もございますのでご了承ください。なお、当院ホームページより診断書の作成状況をご確認いただけます。
- ❁ 退院までの内容を記載する必要がある「入院証明書」等は、退院日以降の受付となります。退院前に申込書を診断書窓口でお預かりすることはできませんのでご了承ください。
- ❁ 診断書料金は前払いです。詳しくは下記QRコードの当院ホームページにてご確認ください。
- ❁ 土・日・祝日退院であっても退院後の受付となります。お申し込みは平日 8 時30分～17時15分までとなります。



診断書等料金・手続き



診断書作成状況確認サービス

4. 病院に対するご意見・ご要望について

- ❁ 病院に対するご意見・ご要望・お気づきのことがありましたら、お近くの職員にお伝えください。
- ❁ 意見箱「患者さんの声」を病院外来、時間外出入口、各病棟のデイルームおよび1階エレベーターホールに設置しておりますのでご利用ください。
- ❁ 退院時に病院に関するアンケート調査を実施しております。ご帰宅後でも回答可能ですので、ご協力をお願いいたします。

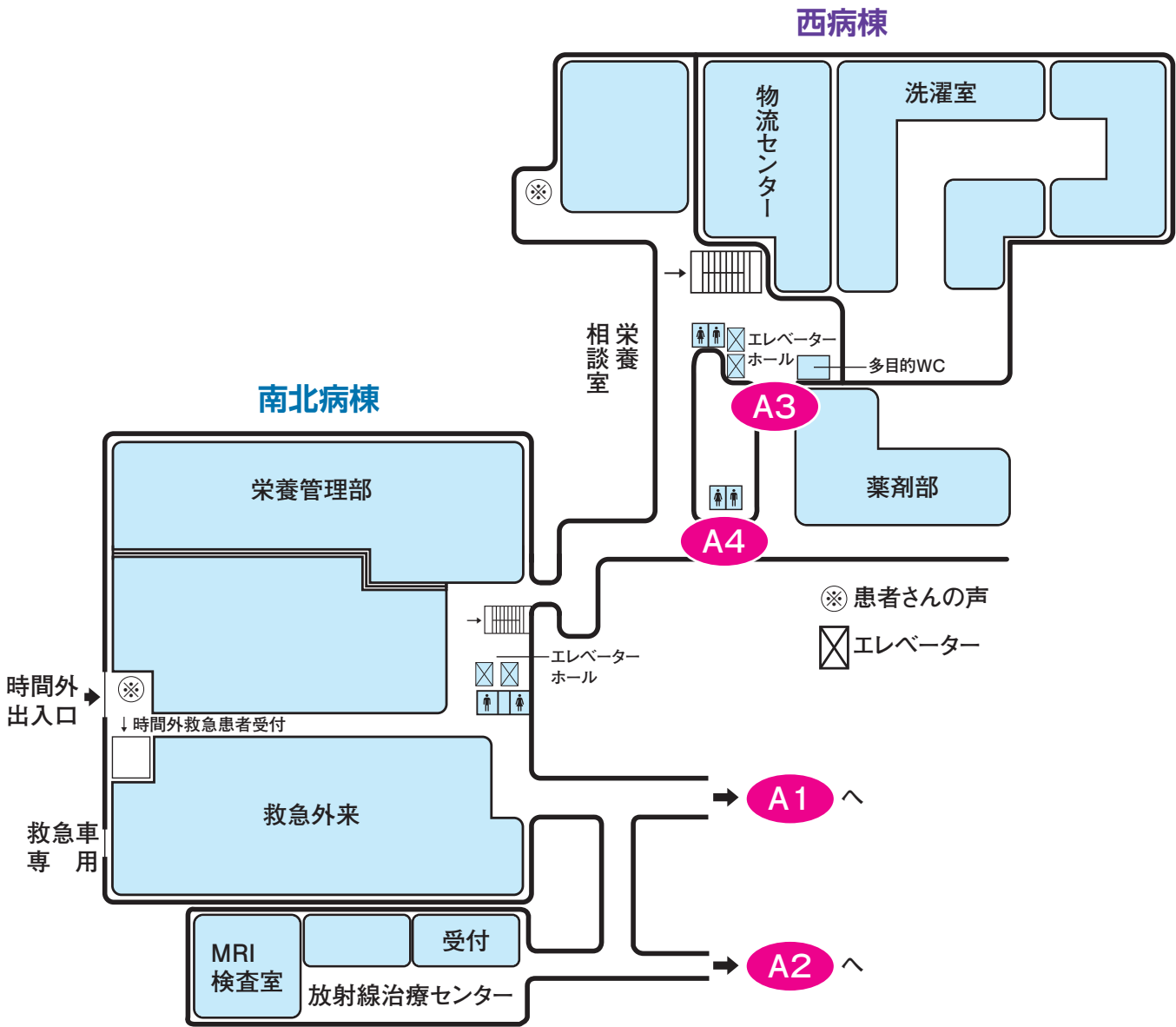
5. その他

- ❁ 退院時に忘れ物がないようご確認ください。1週間以上経過した場合は処分いたします。
- ❁ 土日・祝日に退院される方は、時間外出入口をご利用ください。
- ❁ 体温計、引き出しの鍵、リモコン、病衣等は返却してください。なお、体温計や引き出しの鍵を紛失した場合は、自己負担となりますのでご了承ください。

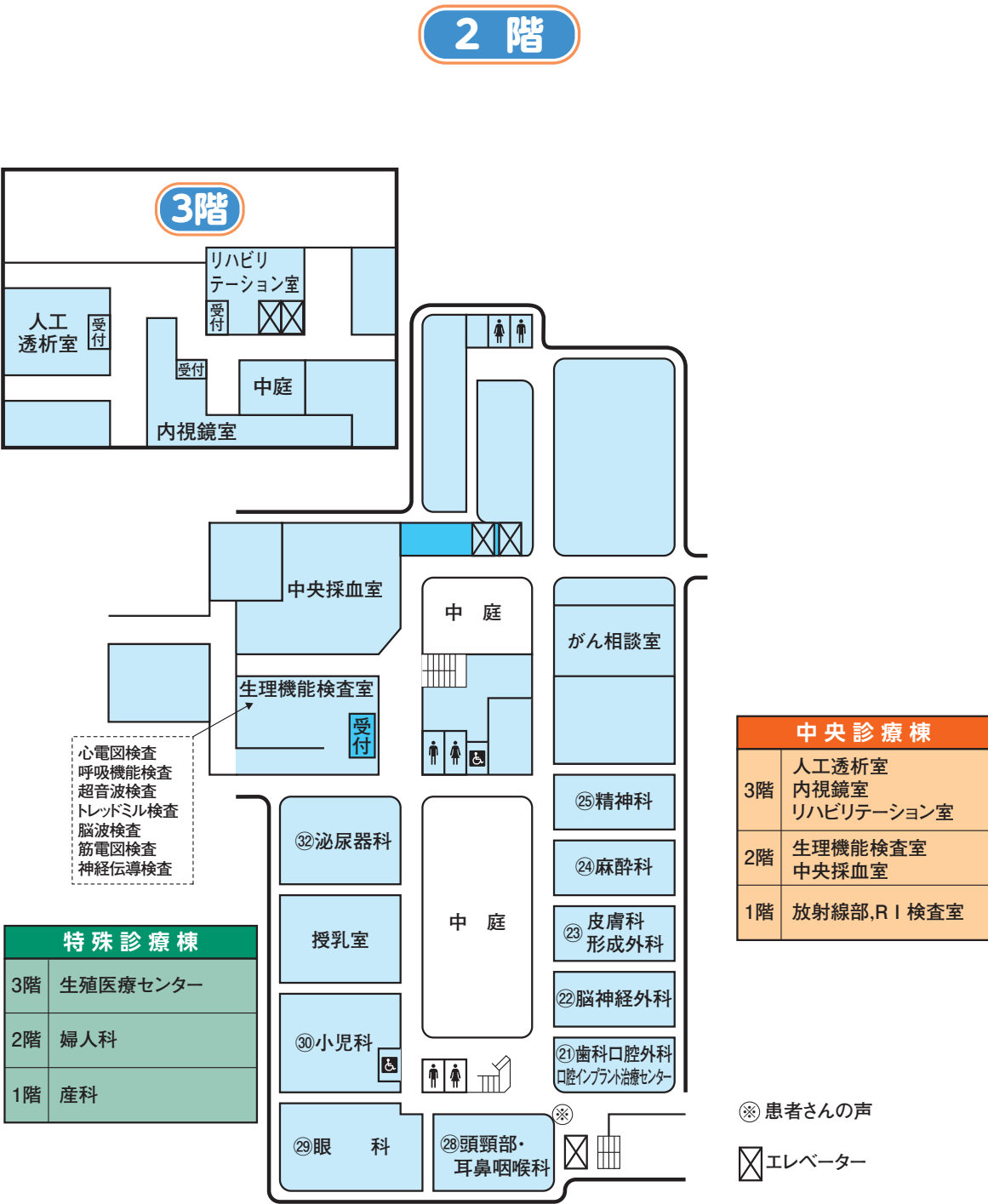


病 院 案 内

南北病棟・西病棟



病 院 案 内



メ モ

## 無料 Wi-Fi ご利用いただけます



## Free Wi-Fi

当院では、入院される患者さんの利便性向上を目的として、Free Wi-Fi によるインターネット接続サービスを無料で提供しています。

接続に必要なSSID、パスワード、手順等は、院内に掲示していますので、ご確認の上、ご利用ください。

### 【利用上の注意事項】

- すべての患者さんのご利用を保証するものではありません。
- 接続する通信端末や回線の混雑状況により、通信速度の低下や繋がらない場合がございます。
- ウイルス・マルウェア等の感染、情報の消失及び漏洩、その他の損害について、当院は一切責任を負いません。
- 接続する通信端末のセキュリティは患者さん個人の責任において、保護・管理してください。
- 通信端末の設定等に関するサポートはいたしかねます。
- 他の病院利用者の迷惑とならないようにマナーを守りご利用ください。

当院に入院される患者さんの意思の確認書

当院では患者さんの権利を尊重し、納得と意思に従って診療行為を行うため、下記の事項についての患者さんのご希望をお伺いします。

希望される項目の□にレ点を付し、署名の上ご提出ください。

1. 氏名の掲示等について

患者さんの取り違い防止の観点から、原則として患者さんの氏名等を掲示しています。  
具体的には、病室入口の氏名表示、ベッドネームプレートへの氏名の表示等です。

(ご協力頂けない場合、職員の確認作業に影響がでる場合があります)

- ☐ 氏名の掲示等は差し支えない。
- ☐ 氏名の掲示等は希望しない。 → ☐ 病室入口の氏名表示を希望しない。  
☐ ベッドネームプレートの氏名を希望しない。

2. 面会者からの問い合わせ等について

面会者からの入院、病室についての問い合わせについては、慣例として回答しています。

- ☐ 問い合わせに対する回答は差し支えない。
- ☐ 問い合わせに対する回答を希望しない。

上記のとおり、希望します。

年 月 日 氏 名

生年月日 年 月 日

ご本人が意思決定・意思表示不能と判断された場合に限り、代理者の署名も認めます。

代理者氏名

(本人との続柄)

上記のご希望については、いつでも変更可能ですので、医師または看護師にご連絡ください。

診察券番号

—

—

# 入院時情報提供書

この質問用紙は入院生活や治療がより円滑に受けられるためのものです。ご記入の上、入院当日にご持参ください。なお、この情報が病院外で使用されることはなく、情報が漏れることはありませんので、ご安心ください。記入しにくい点や、わからない事は記載しなくても結構です。お手数ですが以下の項目について記入し、病棟看護師にお渡しください。

入院前のオリエンテーションで情報提供した場合は、記入は不要です。

1. 入院日                      年            月            日

2. 患者さん本人の連絡先

|     |     |
|-----|-----|
| 氏名： | 電話： |
| 住所： | 携帯： |

3. 緊急連絡先    ※急変時等の連絡先のため可能な限り2名のご記入にご協力ください。

|   |     |     |            |                                                            |
|---|-----|-----|------------|------------------------------------------------------------|
| 1 | 氏名： | 続柄： | 電話：<br>携帯： | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 |
| 2 | 氏名： | 続柄： | 電話：<br>携帯： | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 |

4. 今までにかかったことのある病気を記載してください。

| 病名 | 何歳の時 | 治療内容 | 経過                                                       | かかりつけ病院 |
|----|------|------|----------------------------------------------------------|---------|
|    |      |      | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 |         |
|    |      |      | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 |         |
|    |      |      | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 |         |
|    |      |      | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 |         |
|    |      |      | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 |         |

5. 今回の入院までの経過

6. 現在の身体症状

☐痛み   ☐しびれ   ☐だるさ   ☐息苦しさ   ☐せき   ☐食欲不振   ☐吐き気   ☐便秘   ☐不眠

☐その他

☐身体症状に該当項目なし

7. 健康に心がけていること

8. 入院の目的についてどのように理解していますか。

9. 疾患（病気）についてどのように理解していますか。

10. 気になっていることや心配なことを教えてください。(あてはまるのもすべてに☑をしてください)

☐病気や治療の事が気になっている

☐経済的なことが気になる

☐日常生活で困っている(入浴・食事・移動・排泄など)

☐学校の事が気になる

☐通院するのが大変

☐仕事のことが気になる

☐家族の事が気になる

☐その他

11. 趣味

12. 職業について

☐あり現在の職業( )

☐無職以前の職業( )

13. 大事にしていることや大事にしている価値観

14. 信仰上の理由による要望・制限・信教上の食事制限

☐あり☐豚肉☐牛肉☐その他( )

☐なし

15. 食物アレルギー

☐あり☐乳製品☐鶏卵☐そば☐小麦粉☐牛肉☐豚肉☐鶏肉

☐エビ・かに☐さば☐生果物☐ナッツ類☐大豆☐やまいも

☐その他( )☐未摂取

☐なし

16. 果物アレルギー ※ラテックス禁として対応いたします

☐あり内容

☐なし

17. 薬剤アレルギー

☐あり内容

☐なし

上記記載に間違いなければご署名ください。

年 月 日 氏名： 代理人署名：(本人との続柄)

※上記記載いただいた製品が原材料に含まれる場合は他の方と異なる食事が提供される場合がありますのでご了承ください。

18. 生殖について ※女性の方

最終月経日( ) 妊娠：☐なし ☐あり

妊娠・分娩の異常

19. 家族について

家族の病気のとらえ方

代理決定者に関する情報

☐独居 ☐ ( ) 人暮らし 同居人

主となる介護者・養育者 氏名： 続柄：

家族背景

家屋状況

|                                     |        |                                                                 |
|-------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 戸建て        |        | 階建て                                                             |
| <input type="checkbox"/> マンション/アパート |        | 階建て                                                             |
|                                     | エレベーター | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし         |
|                                     | 居間     | 階                                                               |
|                                     | 寝室     | 階                                                               |
|                                     | 手すり    | <input type="checkbox"/> あり 設置場所( ) <input type="checkbox"/> なし |

20. 日常生活について

|                |                                         |                                                                               |                                          |
|----------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 食事             | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 部分介助                                                 | <input type="checkbox"/> 全介助             |
| 移乗一車いすとベット間の移動 | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 介助や見守りが必要<br><input type="checkbox"/> 移動はできないが座ってられる | <input type="checkbox"/> 全介助             |
| 整容             | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 部分介助                                                 |                                          |
| トイレ動作          | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 部分介助                                                 | <input type="checkbox"/> 全介助             |
| 入浴             | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 部分介助                                                 |                                          |
| 移動             | <input type="checkbox"/> 補助具を使わずに歩行できる  |                                                                               | <input type="checkbox"/> 介助や歩行器を使用し歩行できる |
|                | <input type="checkbox"/> 歩行できず、車いすを使用する |                                                                               | <input type="checkbox"/> 車いす等による介助が必要    |
| 階段昇降           | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 介助や見守りが必要                                            | <input type="checkbox"/> 評価できない          |
| 更衣             | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 部分介助                                                 | <input type="checkbox"/> 上記以外            |
| 排便自制           | <input type="checkbox"/> 失禁なし           | <input type="checkbox"/> 時に失禁あり                                               | <input type="checkbox"/> 上記以外            |
| 排尿自制           | <input type="checkbox"/> 失禁なし           | <input type="checkbox"/> 時に失禁あり                                               | <input type="checkbox"/> 上記以外            |
| 口腔ケア           | <input type="checkbox"/> 自立             | <input type="checkbox"/> 要介助                                                  |                                          |
| 洗濯             | <input type="checkbox"/> 可能             | <input type="checkbox"/> 不可：代行者( ) <input type="checkbox"/> 介助：代行者( )         |                                          |
| 買い物            | <input type="checkbox"/> 可能             | <input type="checkbox"/> 不可：代行者( ) <input type="checkbox"/> 介助：代行者( )         |                                          |
| 寝具             | <input type="checkbox"/> ベッド            | <input type="checkbox"/> 布団                                                   |                                          |

## 21. 食事について

|              |                             |                             |          |  |  |  |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|--|--|--|
| 最近6か月間での体重減少 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | どのくらい（ ） |  |  |  |
| 食事摂取量の減少     | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |          |  |  |  |
| 1日の水分摂取量     | （ ）m l 程度                   |                             |          |  |  |  |
| 1日の食事回数      | （ ）回                        |                             |          |  |  |  |
| 飲酒           | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | どのくらい（ ） |  |  |  |

## 22. 義歯について

|                             |                             |                                                                                          |                                                                                         |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) | <input type="checkbox"/> 総入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

## 23. 聴力・視力について

|        |                             |                                |
|--------|-----------------------------|--------------------------------|
| 補聴器の使用 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり    |
| 視力     | <input type="checkbox"/> 眼鏡 | <input type="checkbox"/> コンタクト |

## 24. 皮膚について

|         |                             |                             |        |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| 皮膚状態の問題 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 詳細 ( ) |
| 床ずれ     | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 場所 ( ) |

## 25. 排泄について

|      |                                                             |         |         |
|------|-------------------------------------------------------------|---------|---------|
| 排尿回数 | ( 回／日)                                                      | 就寝後排尿回数 | ( 回／一夜) |
| 排便頻度 | ( 回／ <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 週) |         |         |
| 排泄手段 | <input type="checkbox"/> 特記事項                               |         |         |

## 26. 体内ペースメーカーICD

|                             |        |   |                             |
|-----------------------------|--------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> あり | 種類等記載（ | ） | <input type="checkbox"/> なし |
|-----------------------------|--------|---|-----------------------------|

## 27. 喫煙について

|                             |                             |                                                |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた（一か月以上経過） |
| <input type="checkbox"/> 不明 |                             |                                                |

## 28. 睡眠について

|        |       |      |                             |                             |
|--------|-------|------|-----------------------------|-----------------------------|
| 不眠時の対応 | 眠剤（ ） | 中途覚醒 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
|        |       | いびき  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

29. 日常生活に支障のある症状 ※（しびれ・疼痛・かゆみ・めまいなど）

\_\_\_\_\_

30. 当院からケアマネジャー・計画相談員へ連絡を取ることに ☐ 同意する

☐ 同意しない      同意しない理由

### 31. 現在使用している社会資源について

|                                                                 |                                 |                                                                 |     |                                                                 |    |  |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------|----|--|
| 生活保護（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中） |                                 | 介護保険（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中） |     | 介護認定（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中） |    |  |
| ケアマネジャー<br>計画相談員                                                |                                 | 事業所                                                             |     | 電話番号                                                            |    |  |
|                                                                 |                                 | 氏名                                                              |     |                                                                 |    |  |
| 利用中の介護保険<br>サービスの詳細                                             |                                 | <input type="checkbox"/> ホームヘルパー                                |     | 回／週                                                             |    |  |
|                                                                 |                                 | <input type="checkbox"/> 訪問看護                                   |     | 回／週                                                             |    |  |
|                                                                 |                                 | <input type="checkbox"/> 訪問入浴                                   |     | 回／週                                                             |    |  |
|                                                                 |                                 | <input type="checkbox"/> デイサービス                                 |     | 回／週                                                             |    |  |
|                                                                 |                                 | <input type="checkbox"/> ショートステイ                                |     | 回／週                                                             |    |  |
|                                                                 |                                 | <input type="checkbox"/> 往診                                     |     |                                                                 |    |  |
|                                                                 |                                 | <input type="checkbox"/> 福祉用具                                   |     |                                                                 |    |  |
| 事業所名（ ）                                                         |                                 |                                                                 | 電話： | 担当者：                                                            |    |  |
| 身体障害者手帳                                                         | <input type="checkbox"/> あり     | <input type="checkbox"/> 申請中                                    | 種別  |                                                                 | 階級 |  |
| 特定医療費（指定難病）                                                     | <input type="checkbox"/> あり     | <input type="checkbox"/> 申請中                                    |     |                                                                 |    |  |
| その他                                                             |                                 |                                                                 |     |                                                                 |    |  |
| その他サービス                                                         | <input type="checkbox"/> 自費サービス | <input type="checkbox"/> ボランティア                                 |     |                                                                 |    |  |
|                                                                 | 詳細（ ）                           |                                                                 |     |                                                                 |    |  |

記入日： 年 月 日  
記入者： 本人 ☐ ご家族 ☐ その他 ( )

1 気になっていること、心配なことについて、お伺いします。

1. 病気や治療のことが気になる
2. 経済的なことが気になる
3. 日常生活で困っている（入浴、食事、移動、排泄など）
4. 通院するのが大変
5. 学校のことが気になる（勉強、部活、友人との関係も含む）
6. 仕事のことが気になる
7. 家族のことが気になる
8. その他（

▶あてはまる症状があればいくつでも○をつけてください。

▶その症状は10段階評価をするとどの程度ですか。いくつになるか○をつけてください。

|      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                 |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------|
| 全くない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | これ以上考えられないほどだった |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------|

**この1週間**の気持ちのつらさを平均して10段階で表すと、いくつになるか○をつけてください。

|      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                  |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------|
| 全くない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | これ以上考えられないほど多かった |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------|

1. からだや気持ちのつらさに専門的に関わるスタッフ（医師・看護師他）・・・（ ）

2. がん相談支援センター相談員・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）

3. 経済的な問題や今後の療養先、社会福祉制度に相談対応する  
スタッフ（看護師・医療ソーシャルワーカーなど）・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）

4. 学校関連の相談員（病院内の院内学級の教員など）・・・・・・・・・・・・（ ）

65歳以上の患者さんまたはそのご家族へ認知機能に関する質問票

患者氏名：患者ID：

記入日：記入者：☐本人☐家族その他（）

入院前の生活状況について、お手数ですが、以下の質問項目に記入をお願いします。  
わからない事は記載しなくても結構です。記入後、看護師へお渡しください。

①今までに「認知症」と診断をされたことはありますか？

|                             |                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> あり | 病院名：（）<br>診断名：（）<br>処方薬： <input type="checkbox"/> アリセプト <input type="checkbox"/> リバスタッチ（イクセロンパッチ）<br><input type="checkbox"/> レミニール <input type="checkbox"/> メマリー<br>その他（） |
| <input type="checkbox"/> なし |                                                                                                                                                                            |

②入院前の生活で当てはまる所にチェックをしてください。

|       |                                                                                             |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記憶    | <input type="checkbox"/> 同じことを何度も繰り返すことがある<br><input type="checkbox"/> 最近の出来事をすぐに忘れてしまう     |
| 注意力   | <input type="checkbox"/> ちょっとした物音で中断するなど、集中力や注意力が続かなくなってきた                                  |
| 判断力   | <input type="checkbox"/> 洋服の着方がわからない<br><input type="checkbox"/> トイレの場所やトイレの仕方がわからず、間に合わない  |
| 認識    | <input type="checkbox"/> なぜ入院するのか分からない<br><input type="checkbox"/> 自宅の場所や帰り道がわからない（道に迷う）    |
| 言語    | <input type="checkbox"/> 「あれ」「それ」「あっち」「そっち」など会話の中に多く出る<br><input type="checkbox"/> 話がかみ合わない |
| 生活リズム | <input type="checkbox"/> 1 日中ベッドや布団で横になっている<br><input type="checkbox"/> 夜、眠れない日が続いている       |

③趣味や日課にしていることはありますか？

|                             |                                                   |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> あり | 趣味（）<br>日課（）<br>例：毎日朝 6 時に新聞を読む、夕方 4 時に水戸黄門を見る、など |
| <input type="checkbox"/> なし |                                                   |

④その他お気づきのことがありましたらお願いします。

入院誓約書

年 月 日

山梨大学医学部附属病院長 殿

私は、このたびの入院に際しまして、「入院のしおり」に記載された注意事項及び貴院の諸規則を理解し、診療上の指示および患者の責務を遵守します。また、違反した場合は退院の指示に従います。  
私の身元につきましては、家族および連帯保証人が一切を引き受けます。  
また、診療費用および諸料金は、私、家族または連帯保証人が遅滞なく支払います。

診察券番号

|                                                            |                                                            |                                                        |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------|------|---------------|------|---------|------|-------|-----|------|-------|-------------|--------|-------|----------|-------|------|-------|-----|----|-----|------|----|--|
| 願<br>出<br>者<br>人                                           | 患<br>者                                                     | 入 院 科                                                  | 15        | 16        | 17       |      | 20            | 21   | 02      | 03   | 04    | 22  | 18   | 19    |             | 06     | 07    | 08       | 09    | 10   | 11    | 12  | 13 | 14  | 59   |    |  |
|                                                            |                                                            | 番号に○印をしてください。                                          | 消化器内科（一内） | 循環器内科（二内） | 糖尿病内分泌内科 | 腎臓内科 | リウマチ膠原病内科（三内） | 神経内科 | 血液・腫瘍内科 | 小児科  | 精神科   | 皮膚科 | 形成外科 | 消化器外科 | 乳腺内分泌外科（一外） | 心臓血管外科 | 呼吸器外科 | 小児外科（二外） | 整形外科  | 脳麻酔  | 産婦人科  | 泌尿科 | 眼科 | 耳鼻科 | 放射線科 | 救急 |  |
|                                                            |                                                            | フリガナ                                                   |           |           |          |      |               |      |         | 生年月日 | 年 月 日 |     |      |       |             |        |       | 1 男      | 職業    |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            |                                                            | 氏 名                                                    |           |           |          |      |               |      |         | ⑩    | 年 月 日 |     |      |       |             |        |       | 2 女      |       | 業    |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            | 現住所                                                        |                                                        |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            | 電話番号                                                       | —                                                      |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      | —     |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            | 勤務先名                                                       | 電話（ — — ）                                              |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            | 勤務先住所                                                      |                                                        |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            | 記<br>載                                                     | 配偶者、親権者または後見人<br><br>患者が既婚者・未成年者・心身喪失者等の場合は必ず記載してください。 | 氏 名       |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             | ⑩      | 続柄    |          |       | 生年月日 | 年 月 日 |     |    |     |      |    |  |
|                                                            |                                                            |                                                        | 住 所       |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
| 電話番号                                                       |                                                            |                                                        | —         |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       | —           |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
| 勤務先名                                                       |                                                            |                                                        | 電話（ — — ） |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
| 上記以外の緊急連絡先                                                 |                                                            | 氏 名                                                    |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       | 続柄       |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            |                                                            | 住 所                                                    |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            |                                                            | 電話番号                                                   | —         |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       | —           |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            |                                                            | 勤務先名                                                   | 電話（ — — ） |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
| 連帯保証人記載<br><br>患者・親権者または後見人と別世帯で独立の生計を営む成年者で、支払能力のある身元確実な方 | 私は、入院中の診療費用および諸料金に係る債務について100万円を限度として、願出人と連帯して支払いの責任を持ちます。 |                                                        |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            | 氏 名                                                        |                                                        |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      | ⑩     | 続柄          |        |       | 生年月日     | 年 月 日 |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            | 住 所                                                        |                                                        |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            | 電話番号                                                       | —                                                      |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      | —     |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |
|                                                            | 勤務先名                                                       | 電話（ — — ）                                              |           |           |          |      |               |      |         |      |       |     |      |       |             |        |       |          |       |      |       |     |    |     |      |    |  |

- 注意 1） 連帯保証人欄は、必ず本人に記入してもらってください。
- 注意 2） 入院中、誓約書または保険証等の記載事項に変更があった場合には、必ず入退院窓口にご連絡ください。
- 注意 3） 押印は、必ず朱肉をお願いします。
- 注意 4） 交通事故・業務による傷病（公務災害・労働災害）・ケンカまたはその他特殊事情による受傷で入院される方は、あらかじめその旨を入退院窓口申し出てください。

## 医学生の臨床実習について

### 1. 臨床実習とその必要性

現在の医学教育では、医学の知識を学ぶだけでなく、医療人に必要な基本的診療技術や態度を修得することも重視されています。そのためには、患者さんの経過をお聞きし、基本的な身体診察を行い、原因となる病気について考え、適切な検査や治療・ケアを選択して実施するという、医療の実践を学ぶ臨床実習が不可欠となります。医学生は診療チームの一員として臨床実習に参加することで、必要な資質・能力を身につけていきます。そして、それぞれの国家試験に合格して、質の高い医療を提供できる専門職として社会貢献しなければなりません。次世代を担う良い医師を育成するために、皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

### 2. 臨床実習を行う医学生の能力と資格

臨床実習を行う医学生（医学科4～6年生）は、診療参加型臨床実習に参加するに十分な能力（知識、技能）があるかをみる全国規模の「共用試験」に合格し、「臨床実習生(医学)」という公的な資格を取得しています。医師法において、この資格を有する医学生は診療チームに加わって、指導医のもとで危険を伴わない医行為を行うことが認められています。

### 3. 臨床実習の医学生が関わる医療行為と安全への配慮

臨床実習は「医学教育モデル・コア・カリキュラム(文部科学省)」、「診療参加型臨床実習に必要とされる技能と態度についての学修・評価項目(公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構)」に基づいて実施されています。医学生が関わる医行為は危険性が低いと考えられるものに限られており、指導医の監督のもとで実施されます。危険性が高い医行為については指導医が行い、医学生は見学のみにとどめます。臨床実習では医療安全について十分な配慮がなされていることをご理解いただきたく存じます。

### 4. 臨床実習中に医療事故等が発生した際の対応

万一、臨床実習中に患者さんの健康を損なうことがあった場合には、病院が責任をもち適切に対応いたします。

### 5. 担当の医学生の交代

病棟回診などでは、担当以外の医学生と一緒に見学をさせていただくこともあります。また、臨床実習は定められた教育カリキュラムにしたがって実施されるため、担当の医学生が途中で交代することがありますので、ご了承ください。

### 6. 個人情報保護

医学生は、学修のために必要な医療記録の閲覧や、医師から診療情報の提供を受けることがあります。臨床実習を通じて知り得た患者さんやご家族の個人情報を他に漏らすことがないよう、個人情報保護については十分に教育されており、臨床実習に参加するにあたって誓約書を提出しています。

### 7. 拒否できる権利

臨床実習にご協力いただけない場合でも、診療において何ら不利益となることはありません。もし、ご不安を感じるなど、臨床実習についてご質問等がありましたら、遠慮なく担当医、指導教員にお知らせください。

### 8. 患者相談窓口について

診療参加型臨床実習における医行為や医学生に対する疑問・ご意見等については、病院の担当者（臨床実習センター）から説明させていただきます。尚、患者相談窓口でもお話を伺うことは可能です。窓口をご利用になる際には患者さんのプライバシーを遵守します。

別添 医師育成の観点から医学生が実施する医行為の例

＊下記に示された医行為は、包括同意の範囲を示したものであり、同意の取得をもって行為を必ず実施するものではありません

1. 包括同意となる医行為の範囲

- (1) 診察  
診療記録記載(診療録作成)、医療面接、バイタルサインチェック、診察法(全身・各臓器)、耳鏡・鼻鏡、眼底鏡、基本的な婦人科診察、乳房診察、直腸診察、前立腺触診、高齢者の診察(ADL 評価、高齢者総合機能評価)、患者・家族への病状の説明、分娩介助、直腸鏡・肛門鏡
- (2) 一般手技  
皮膚消毒、外用薬の貼付・塗布、気道内吸引、ネブライザー、静脈採血、末梢静脈確保、胃管挿入、尿道カテーテル挿入・抜去、注射(皮下・皮内・筋肉・静脈内)、予防接種、ギプス巻き、小児からの採血、カニューレ交換、浣腸
- (3) 外科手技  
清潔操作、手指消毒(手術前の手洗い)、ガウンテクニック、皮膚縫合、消毒・ガーゼ交換、抜糸、止血処置、手術助手、膿瘍切開、排膿、嚢胞・膿瘍穿刺(体表)、創傷処置、熱傷処置
- (4) 検査手技  
尿検査、血液塗抹標本の作成と観察、微生物学的検査(Gram 染色含む)、妊娠反応検査、超音波検査(心血管)、超音波検査(腹部)、心電図検査、経皮的酸素飽和度モニタリング、病原体抗原の迅速検査、簡易血糖測定、血液型判定、交差適合試験、アレルギー検査(貼付)、発達テスト、知能テスト、心理テスト
- (5) 救急  
心肺蘇生措置などの一次救命処置、気道確保、胸骨圧迫、バックバルブマスクによる換気、AED、電気ショック、気管挿管、固定など整形外科的保存療法
- (6) 治療  
食事指示、安静度指示、定型的な術前・術後管理の指示、酸素投与量の調整、診療計画の作成、健康教育

以上

(ID : )

医学生の臨床実習に関する説明・同意書

山梨大学医学部附属病院は、山梨県内唯一の大学病院として、将来の医療を担う医療人(医師・看護師・保健師・助産師)を育成するという重要な役割を担っています。

以下の説明文と別添「医師育成の観点から医学生が実施する医行為の例」をお読みいただき、十分ご理解された上で、医学生が行う臨床実習にご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

1. 臨床実習とその必要性
2. 臨床実習を行う医学生の能力と資格
3. 臨床実習の医学生が関わる医療行為と安全への配慮
4. 臨床実習中に医療事故等が発生した際の対応
5. 担当の医学生の交代
6. 個人情報保護
7. 拒否できる権利
8. 患者相談窓口について

医学生の臨床実習に関する同意書

山梨大学医学部附属病院長 殿

医学生の臨床実習で指導医のもとに行われる危険性が低い医行為についての説明を理解し、その必要性、安全への配慮について理解した上で、医学生の臨床実習に協力することに  
[ 同意します。 / 同意しません。 ] (どちらかに○をつけてください。)

年 月 日

患者氏名： (サインまたは印)

保護者・代諾者氏名： 続柄：

☐ 代筆 代筆者氏名： 職種：

代筆の理由：

- ＊1 同意・不同意については患者本人を原則とします。
- ＊2 上記、同意・不同意についてはいつでも撤回・変更できます。
- ＊3 包括同意の範囲を超える医行為については、本同意とは別に医行為ごとに個別の同意を求めます。

## 想いをつたえ、ともに歩む医療とケア

皆さんは、

- ・あなたの想いを、大事な人にちゃんと伝えていますか？
- ・もしもの時にどんな治療・ケアをしてほしいと考えたことはありますか？

生きていれば、いつ何が起こるかは誰にもわかりません。我々スタッフは、皆さんが元気で過ごせるようお願い、最大限サポートしていきませんが、同時にもしものことがあったとき、あなたやあなたの大事な人がつらい思いをしてほしくないと思っています。

人は、命の危機が迫ったとき、7割近い人が自分の気持ちを伝えることができない状態になるといわれています。日頃から、あなたの大切にしていることや、してほしいことなど、あなたの想いを大切な人に伝えたり、みんなで話をしておくことで、もしものときにあなたの想いに沿った治療・ケアができるのではないかと考えられています。

あなたの想いを大切な人に伝えておくことは、いざというときにどうするか考えなければならない、あなたの大切な人への大きなプレゼントになるかもしれません。

我々スタッフ一同、全力でサポートしていきますので、この機会にあなたの価値観や、これからのことについて考えてみませんか？

●自分の人生を振り返り、これからの人生について考えてみましょう。

わたしの生きがい・楽しみ・好きなこと：

わたしがこれからしたいこと：

わたしが気がかりなこと：

●今の時点で、ご自身の治療やケアについてどのように考えていますか？

- ☐ 今できる限りの治療を受けたい（全力で治療）
- ☐ 負担の少ない治療なら受けてもいい
- ☐ 治療は控えたい／自然にまかせたい
- ☐ わからない／考え中
- ☐ その他（



●もし自分の考えと家族の意見が違った場合、どのようにしてほしいですか？

- ☐ 自分の希望を最優先にしてほしい
- ☐ 自分の希望を基本としつつ、家族や医療者と相談して決めてほしい
- ☐ 家族や医療者に任せたい
- ☐ わからない／考え中
- ☐ その他（

●ご自身やご家族や友人の経験、またはテレビや映画の場面を通じて感じたことを書いてみましょう。

例えば、あなた自身や親しい方が重体や危篤になったとき、お亡くなりになったときの経験や、またはテレビや映画の場面を通じて、感じたことや考えたことがあれば、書いてみましょう。

「こんな最期だったらいいな、こんな治療やケアを受けたいな」と感じたこと：

「こんな最期は嫌だな、こんな治療やケアは嫌だな」と感じたこと：

- わからない場合には、「わからない」、あてはまる人がいないときには、「頼める人がいない」をチェックしてください。

| お名前 | 間柄 |
|-----|----|
|     |    |
|     |    |
|     |    |
|     |    |
|     |    |

- ☐
- 伝えていない

- ☐ 病院
- ☐ 自宅
- ☐ 施設
- ☐ それ以外（具体的な場所）
- ☐ わからない

