

入院誓約書

イムス板橋リハビリテーション病院長 殿

私は貴院に入院するにあたり、下記の諸事項を含めた貴院の諸規則・注意事項を遵守の上、他の患者さんや貴院に迷惑をかけないことを（連帯保証人と共に）誓約いたします。万一、各種規則・注意事項に違反、または他の患者さんの迷惑になると判断され退院の勧告があった場合は、それに応じます。

記

- 入院に際しては貴院の諸規則及び注意事項を遵守し、医師、看護師、他の医療従事者と協力して病棟生活をし、治療に専念することを確約いたします。
- 下記迷惑行為があり指示に従わず退院を命じられた場合は、速やかに退院することを了承いたします。
 - 職員や他の患者さんが不快に思う行為、大声、暴言、脅迫的言動、セクハラ、パワハラ等の嫌がらせがあった場合、もしくはそのおそれが強い場合
 - 解決しがたい要求を繰り返し行い、病院業務を妨げた場合
 - 院内での飲酒・喫煙があった場合
 - 危険な物品を院内に持ち込んだ場合
 - 無断で外出・外泊した場合
- 窃盗・脅迫・暴力行為などを行った場合は、警察への通報があると承知いたします。
- 備品・建築設備等を故意に破損した場合は、弁償いたします。
- 入院費その他の諸費用については、貴院の指定する日までに遅滞なく支払います。万が一支払わない場合には、連帯保証人との連帯責任において必ず支払います。
- 患者の身元については、連帯保証人において一切を引き受けます。

入院者（患者） 令和 年 月 日
氏名 _____ ④
現住所 _____
電話番号 _____ () 携帯電話番号 _____ ()
勤務先名称 _____
勤務先電話番号 _____ ()

連帯保証人①
氏名 _____ ④ (患者さんとの続柄: _____)
現住所 _____
電話番号 _____ () 携帯電話番号 _____ ()
勤務先名称 _____
勤務先電話番号 _____ () 極度額 500,000円 締結日 年 月 日
※3ヶ月の入院費の平均金額を極度額とする

連帯保証人②
氏名 _____ ④ (患者さんとの続柄: _____)
現住所 _____
電話番号 _____ () 携帯電話番号 _____ ()
勤務先名称 _____
勤務先電話番号 _____ () 極度額 500,000円 締結日 年 月 日
※3ヶ月の入院費の平均金額を極度額とする

入院生活に関する同意書

説明内容

1、ご家族へのお願い

(1) 新型コロナウイルス感染患者発生時のリハビリの停止及び病棟・病室の移動

新型コロナウイルス感染防止対策として、病棟内で感染者が発生した場合は、
集団感染を防ぐために感染が終息するまでの間リハビリを停止いたします。

また、入院している病室に関しても移動して頂くことがあります。

(感染者発生時は、室料差額をお支払頂いている方も同様の扱いとなります)

(2) 入院中の食事以外に間食をしたい場合

各患者様の1日の必要エネルギー量が決められていますので、間食をしたい場合は、
主治医の許可が必要です。

(3) 入院生活で必要とする補助具について

眼鏡（コンタクトレンズ含）・義歯・補聴器はご自身で管理して頂きます。

1. 破損・紛失の可能性があるため、衣服のポケットでの一時保管には十分にご注意
ください。
2. ティッシュやハンカチに包まず、必ず専用の容器で保管してください。
3. 病状により職員が補助具の装着・脱着・洗浄・収納をお手伝いいたしますが、故意
または過失による破損以外の賠償責任は負いかねます。

(4) 個人情報の提供

他医療機関に対して受診あるいは転院などの目的で、個人情報提供をする場合があります。

◎上記についての納得し同意した上で入院致します。

患者氏名 _____

署名者氏名 _____

(患者氏名代筆の場合ご記入ください)

令和 年 月 日

続柄 _____



おむつ利用申込書

イムス板橋リハビリテーション病院 病院長殿

私は、おむつが必要になった場合には貴院指定のオムツの利用を希望いたします。つきましては、下記に記載してある料金を入院料と共に
お支払いすることに同意いたします。

料 金	おむつ (パンツタイプ)	275円/枚 (税込)
	おむつ (テープタイプ)	242円/枚 (税込)
	尿とりパッド	110円/枚 (税込)

申 込 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患 者 氏 名 _____

申込者ご署名 _____ 患者との続柄 _____

※ご使用枚数分の料金を入院費用とともにご請求させていただきます。

※こちらの用紙は、おむつを使用されない方にもご記入頂いております。

※持ち込みを希望している場合でも、不足時には使用させていただきます。

個人情報取扱に関する承諾書

医療は、個人情報を取り扱うことの多い現場でもあります。当院では、病室前の名札が通常は覆い隠してあり、通りすがりには読めないようにしてあることをはじめとして、患者様の個人情報の取り扱いには特段の注意を払うようにしております。リハビリテーションは患者様を観察し、診察し、検査も行ったうえで種々の運動、作業をしていく中で進めていく医療です。リハビリテーションの効果、効率等を検討し、さらに向上、進化させて患者様一人一人に還元していくためには、個人情報を分析し、その結果をスタッフ等で共有し、相互教育していくことが必要です。

より良きリハビリテーション医療を提供するという業務を遂行し、皆様が当院を安全に受診され、そして入院していただけるための管理運営上必要な範囲において個人情報を管理、第三者へ提供、共有させていただくことがあります。

- 適切な医療サービスの提供のため外部への情報提供及び情報共有が必要なとき
 - ・他の医療機関の専門的な医師の意見や助言を求める場合
 - ・紹介元の医療機関への報告、他の医療機関への紹介
 - ・他の医療機関、診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
 - ・移行先の事業所又は保険医療機関等へリハビリテーション実施計画書等の提供
 - ・ご家族への病状を説明するため
 - ・一部の検体検査業務の委託・その他の業務委託
- 審査支払機関・保険者からの照会への回答、審査支払機関・保険者への照会
- 学生実習への協力
- 診療及び看護ケア、リハビリテーション実施に伴う以下の情報の掲示、ご本人確認のための氏名呼び出し
 - ・病棟におけるリハビリテーションの予定時間および氏名、部屋番号
 - ・スタッフステーションにおける患者様一覧と部屋番号、その他ケアに必要な情報
- 必要に応じて身体の一部を記録として画像で保管（傷の状態等を確認するため）
- 必要に応じて離院防止のため、患者様の画像を関係部署に掲示
- 量的研究を後方視的に実施したデータを学会等で発表、または論文等へ投稿する場合
 - ・使用するデータの対象者や研究内容に関してはホームページの「オプトアウトについて」の項目で公表しています。上記のような臨床研究のためにご自身のデータが使用されることを望まない場合は、ホームページで公表されている研究の担当者までお知らせください。

* 貴院での治療を受けるに際して、個人情報の保護に配慮していることを理解しました。リハビリテーション医療の向上・改善のため必要な範囲で医療情報が分析・検討されることも同意・承諾いたします。

年 月 日

患者氏名 _____

署名者氏名 _____

続柄 _____

入院情報記録書

※この記録は入院前の重要な書類です。太枠内をご記入ください。

担当：(医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 相談員)

記入者	様(続柄)	記入日	年 月 日	入院日	年 月 日
(ふりがな)		性別	生	年	月 日
患者様氏名	様	男・女	明・大・昭・平	年	月 日 歳
現住所	〒				
電話番号	- -		出身地		

家族構成：同居者、3親等以内の方、協力して下さる方のお名前、連絡先を記入して下さい。

①には主介護者(主協力者)、②～④には同居者、3親等以内の方、協力して下さる方の詳細を記入して下さい。

一番左の欄に緊急連絡者の方に○を付けて下さい。

氏名(主介護者)	続柄	年齢	職業または学年	電話番号(自宅/勤務先/携帯)	連絡可能時間帯
①	様			自宅: - -	
				勤務先: - -	
				携 帯: - -	
氏名	続柄	年齢	職業または学年	電話番号(自宅または携帯)	連絡可能時間帯
②	様			- -	
③	様			- -	
④	様			- -	

病院へ来院できる回数 ほぼ毎日 週2, 3回 週1回 月2～3回 その他 ()

既往歴(通院歴)			アレルギー 有・無
病名	いつ(日付または年齢)	治療内容	薬品:
			食品:
			その他:

現在入院中の病院では日中どのように過ごされていますか？

寝ている 座っている 自力で移動している(車椅子、杖など)

今回の病気について医師からどのような説明を受けていますか？

看護師記入欄 入院前の経過	バイタルサイン等 身長 cm 体重 kg 脈拍 () 体温(℃) SAT(%)	その他 感染症(有・無) 褥瘡(有・無) 排泄 バルン交換日(/) 最終排便日(/) 清潔 最終入浴日(/) 食事 形態() トロミ(有・無) チューブの種類()
------------------	---	--

※このページは今回の病気前のことについてご記入ください。

【今回の病気前の生活習慣について】		
身の回りのこと (食事、着替え、トイレ、入浴など)	<input type="checkbox"/> すべて一人で行えていた	<input type="checkbox"/> 手伝いが必要だった (介助内容: _____)
食欲: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	味付け: <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 薄い	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位: <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分)
飲酒の習慣: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (どの程度: _____)	喫煙の習慣: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日に____本____年間)	
排尿回数: 1日に____回	排便回数: _____日に____回	(便秘薬の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
睡眠状態: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (不眠時薬の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	入浴回数: <input type="checkbox"/> 毎日	その他 (____日に____回)

【今回の病気前の移動方法について】		
屋内の移動: <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行 (介助: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	手段: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 伝い歩き	
屋外の行動: <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行 (介助: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	手段: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他	
その他の屋外の移動手段の方法: <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク		
運転免許の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
今回の病気の前1年間で転んだ事がありますか?: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (場所や状況: _____)		

【今回の病気前の日常生活について】		
職歴・役割 (主婦業含む)		
仕事名・職業	いつ (日付・年齢)	仕事内容
性格:		
趣味・特技:		
1日の過ごし方:	家族構成	
<p>6時 12時 18時 24時</p>		
休日の過ごし方:		
他者との交流 (友人、サークル活動など): <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		

【家屋状況について】		
家屋概要	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (マンション・アパート____階)	※改修: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
玄関の上がり框/段差の有無	<input type="checkbox"/> 有 (____段) <input type="checkbox"/> 無	※手摺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (昇降時: <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側)
階段	<input type="checkbox"/> 有 (____段) <input type="checkbox"/> 無	※手摺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (昇降時: <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側)
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式	※手摺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 段差: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
浴室	<input type="checkbox"/> 据え置き <input type="checkbox"/> 半埋め込み <input type="checkbox"/> 埋め込み	※手摺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (場所: <input type="checkbox"/> 浴室入口 <input type="checkbox"/> 浴槽の横 <input type="checkbox"/> その他: _____)
寝室	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団	(____) 階

※このページはリハビリに対しての希望等についてご記入ください

ご本人がお答えできない場合は協力者の方が答えてください。これらの希望を参考に、入院後状態を診させて頂いた上で、リハビリの目標や内容を決めていきますので、ご協力をお願いいたします。

理学療法

理学療法は体の回復や痛みの除去などや、ベッドから起き上がったり、歩いたり、車椅子を駆動する練習などを行い、円滑にお住まいの地域での生活へ戻るお手伝いをさせていただきます。

ご本人、主協力者の方の理学療法に対するご希望を○をつけて選択してください。

ご本人	屋内の移動手段	① <input type="checkbox"/> 自力で車椅子で移動する	<input type="checkbox"/> 手助けして車椅子で移動する
		② <input type="checkbox"/> 自力で歩く (道具を使って歩く場合 最低でも)	<input type="checkbox"/> 手助けして歩く <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー (手押し車) <input type="checkbox"/> 手すり)
	屋外の移動手段	① <input type="checkbox"/> 自力で車椅子で移動する	<input type="checkbox"/> 手助けして車椅子で移動する
		② <input type="checkbox"/> 自力で歩く (道具を使って歩く場合 最低でも)	<input type="checkbox"/> 手助けして歩く <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー (手押し車)
	階段の昇り降り	<input type="checkbox"/> 必要あり	<input type="checkbox"/> 必要なし
ご協力者	屋内の移動手段	① <input type="checkbox"/> 自力で車椅子で移動する	<input type="checkbox"/> 手助けして車椅子で移動する
		② <input type="checkbox"/> 自力で歩く (道具を使って歩く場合 最低でも)	<input type="checkbox"/> 手助けして歩く <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー (手押し車) <input type="checkbox"/> 手すり)
	屋外の移動手段	① <input type="checkbox"/> 自力で車椅子で移動する	<input type="checkbox"/> 手助けして車椅子で移動する
		② <input type="checkbox"/> 自力で歩く (道具を使って歩く場合 最低でも)	<input type="checkbox"/> 手助けして歩く <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー (手押し車)
	階段の昇り降り	<input type="checkbox"/> 必要あり	<input type="checkbox"/> 必要なし
その他、理学療法に対してご希望があればご記入ください			

作業療法

作業療法は「手が動くように」「歩けるように」といった体の回転に焦点を当てるのではなく、円滑にもとの生活に戻るために何かの作業ができるようにすることに着目するリハビリです。もちろん体の回復にも関わりますが、特定の作業ができるようになるために作業療法で道具を作成し、使用したりすることもあります。作業療法で扱う作業は多々ありますが、例えば以下のようなものがあります。

例

- ・食事を食べる ・トイレで用を足す ・靴や靴下を履く ・服を着替える ・お風呂に出入りする
- ・体を洗う ・歯磨きをする ・髪を整える ・顔を洗う ・ひげを剃る ・化粧をする
- ・庭いじりをする ・買い物に出かける ・友達に会いに行く ・車の運転をする ・カラオケをする
- ・仕事に戻る (新しく就く) ・旅行に行く ・楽器を演奏する ・釣りをする ・編み物をする
- ・パソコンを操作する ・手紙を書く (字を書く) ・日曜大工をする ・子供の結婚式に出席する
- ・子供 (孫) と遊ぶ ・おしゃべりをして楽しむ ・その他多数

入院される方やご家族がどのようなこと (作業) を一人で出来るようになりたいのか、上記の具体例を参考にして下記に1～5番目まで優先順位付けてお書きください。もちろん上記以外のことでも結構です。」

	1番	2番	3番	4番	5番
ご本人					
主協力者					

言語療法

言語療法はコミュニケーション能力を最大限に活用し、家庭や社会で生き生きとした生活が出来るようにお手伝いいたします。また、お食事の指導、訓練を行っていきます。

以下のことについて、ご記入ください。

1. (ご本人へ) 会話は満足にできていますか? はい いいえ わからない
2. (ご家族へ) 本人との会話に困難さを感じますか? はい いいえ わからない
3. 食事の際にムセ込む事はありますか? はい (何で? 水 食物 食事以外でも) いいえ

その他、言語療法に対してご希望があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

ご家族の方へ

リハビリ計画の参考にさせていただきますので、可能な範囲で結構です。ご記入をよろしく
お願いいたします。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様氏名： _____ 記入者： _____ (続柄： _____)

■ご本人のことについてお聞きします。(□にレを付けて下さい)

1. 病前の様子について

- 1) お話し好きな(おしゃべり)人だった..... はい いいえ
- 2) ご家族とはよく会話していた..... はい いいえ
- 3) 友人・知人・ご近所の人とよく会話をしていた..... はい いいえ
- 4) よく新聞や本を読んでいた..... はい いいえ
- 5) お食事の時に毎回入れ歯を使っていた..... はい いいえ
- 6) お食事の時にムセこむことがあった..... はい いいえ
- 7) 昔からガラガラ声だった..... はい いいえ
- 8) 昔からよく痰を出していた..... はい いいえ

2. 病後の様子について

- 1) よくお話をするようになった..... はい いいえ
- 2) 発音は前と変わらない..... はい いいえ
- 3) 言っている内容に間違いはない..... はい いいえ
- 4) 声は小さくなった..... はい いいえ

3. 最終学歴を教えてください

中卒 高卒 大学卒 その他： _____) 不明

- 4. 歌を聴くのは好きですか?..... はい いいえ
- 5. 歌を歌うことは好きですか?..... はい いいえ
- 6. 書く機会は多い方ですか?..... はい いいえ
- 7. 好きなものを教えてください..... はい いいえ

例えば、好きな食べ物、音楽、趣味、芸能人、活動など(なんでも結構です)

■最後に

その他、リハビリへの要望、質問等がございましたらお書きください

ご記入ありがとうございました。