



やわたメディカルセンター

YAWATA MEDICAL CENTER

入院のご案内

※このパンフレットは退院まで大切に保管してください。



あなたの健康が私たちの願いです。

YOUR WELLNESS IS OUR DEAREST WISH



基本理念 あなたの健康が私たちの願いです。

勝木グループは、あなたが、健康で安心して暮らせるために、心と身体と環境を満ちたりた状態にする健康福祉サービスを提供します。

基本姿勢 人を信じ、人を大切にします。

勝木グループ職員は、相手を信じ、自分を信じ、互いにその個性や人格を尊重し、自らの最大限の力量をもってサービスにあたります。そのために、自らの健康・教養・品位・技術の向上や研鑽に努めます。

基本方針 私たちは病気にならないための病院として地域の健康づくりを支えます。

1. 一人ひとりの個性と想いを尊重し、経験価値の高いサービスを提供します。
2. 地域の病院として、質の高い専門医療と、暮らしを支える医療を行います。
3. 多職種によるケアとリハビリテーションにより、生きる喜びを支援します。

看護部理念 患者さん一人ひとりに寄り添い、患者さんの生活の質の向上を目指した信頼される看護を実践します。

院長 勝木 達夫 / 看護部長 河南 昌美

患者さんの権利と責任

良い医療は、患者さんを中心とした医療従事者とのチームワークと信頼の上に成り立ちます。患者さんには以下に示す権利があります。また権利を守り、発展させ、よりよい医療を受けるためには医療従事者と力を合わせ医療に参加、協力する責任があります。

患者さんの権利

1. 安全に配慮した公平かつ最適の医療を受けられます。
2. 個人の尊厳、価値観を大切にする医療を受けられます。
3. 納得のいく治療を選択し、決定することができます。
 - ・治療を受ける権利と、治療を受けないことを表明する権利があります。
 - ・いかなる治療段階においても他の医師の意見を求めることができます。
 - ・研究や教育への参加を断ることができます。
4. 健康的な生活を送るための教育、支援を受けられます。
5. カルテ開示など、ご自身に関する医療情報を得られます。

患者さんの責任

1. 症状や経過のほかに、ご自身の健康やアレルギー等に関する情報、治療に伴う不安をできるだけ過不足なく、正確にお伝えください。
2. 病院内や社会のルールを守り、病院職員による医療提供や、他の患者さんの診療・療養の妨げにならないようにご協力ください。
3. 診療費や自己負担分の費用は、遅滞なくお納めください（なお、医療費等の支払いに不安がある場合には、「患者サポート相談窓口」にご相談ください）。
4. 病状説明については、基本的に休日を除く日中の時間内または担当者の提示した日程で行うことにご協力ください。

子どもの患者さんの権利

やわたメディカルセンターでは、病院の理念・基本方針および子どもの権利条約に基づき、「医療を受ける子どもの権利」を尊重し、未来あるすべての子どもの命を守るため一人ひとりの成長と発達を支援します。

医療を受ける子どもの権利

1. 《子どもの基本的人権の保障》
どのようなときでも、人として大切にされます。
2. 《最善の医療を受ける権利》
どのような病気であっても、年齢や障がいに関係なく、もっとも良いと考えられる医療を受けることができます。
3. 《知る権利》
病気のことや、治す方法について、分かりやすい方法で説明を受けることができます。また、分からないことや、不安なことがあるときは、病院の人や家族に聴いたり、話したりすることができます。
4. 《意見を表す権利》
自分の考えや気持ち、希望を、病院の人や家族に、伝えることができます。
5. 《秘密を守られる権利》
身体や病気のこと、障がいのこと、他の人に知られたくないことは、守られます。伝える必要があるときは、その理由とともに、伝えても良いか聴きます。
6. 《親や大切な人と一緒にいる権利》
入院医療を受けるとき、家族や、それに代わる人と、できるだけ一緒に過ごすことができます。
7. 《病気のときも遊んだり勉強したりする権利》
入院医療を受けるときも、年齢や症状に合った遊びや勉強について、相談することができます。
8. 《継続的な医療やケアを受ける権利》
今だけではなく将来も続けて医療やケア（こころやからだの健康のために必要な気配りや世話など）を、安心して安全な場所で、できるだけ不安なく、受けることができます。

お守りいただきたいこと

● 面会

面会時は、病室入口に設置している手指消毒剤をご使用ください。
発熱・風邪症状のある方は、面会をお控えください。
生もの、生花の持ち込みはご遠慮ください。
※詳細な面会要項は、別紙をご参照ください。

● 外出、外泊制限

入院後、外出、外泊は希望する場合には、主治医の許可が必要です。

● コンビニエンス
ショップ利用

入院患者さんの利用時間は13時～16時限定とさせていただきます。(病院休診日は10時30分～15時30分) ご利用時にスタッフステーションへお声掛けください。※時間変更がある場合は、デイルームの掲示板にて案内いたします。

ご用意いただくもの

次のものをご用意いただき、入院当日にお持ちください。

● 入院生活に必要なもの

- ☐ 寝衣(入院セットを利用されない方)
- ☐ *タオル・バスタオル(入院セットを利用されない方)
- ☐ *マスク
- ☐ *お箸またはスプーン
- ☐ *湯のみ(マグカップ) ※割れないもの
- ☐ *水・お茶(500ml以下のペットボトル)
※各病棟に自動販売機があります。
- ☐ *洗面用具
- ☐ *電気シェーバー(カミソリは持ち込みできません)
- ☐ *履きもの(すべりにくく、かかとの収まる物)
- ☐ *ティッシュ
- ☐ *イヤホン
- ☐ *下着類(必要な方はオムツ等も)
- ☐ 入院のご案内
- ☐ マイナンバーカードまたは資格確認書・医療証
- ☐ 運動できる服(上下)、*運動靴
(リハビリテーションを行なう方)

● 入浴時に必要なもの

- ☐ *タオル(入院セットを利用されない方)
- ☐ *バスタオル(入院セットを利用されない方)
- ☐ *大きめの手提げ袋(スーパー袋等)
- ☐ *洗面器(シャワー室には備え付けはございません)
- ☐ *シャンプー・リンス・石けん(備え付けもございます)

※タオル・寝衣・その他入院セットなどは、専門業者によるレンタルをおすすめしています。詳しくは別紙「入院セットのご案内」をご覧ください。

※*印は、1階コンビニエンスショップで購入できます。

※紛失防止のため私物にお名前をご記入ください。

● お薬に関して

- ☐ 現在飲まれているお薬(他院の薬も含む)
- ☐ お薬の手帳・お薬情報提供用紙
※入院当日、他院で出されたお薬を含め、全てのお薬をご持参ください。
※入院期間中に他院のお薬が不足した場合は、当院で対応させていただきます。

● 入院時に提出いただくもの

- ☐ 入院誓約書
- ☐ 病状説明について
- ☐ 入院セット利用申込書(利用者のみ)
- ☐ 退院証明書・紹介状・看護サマリー(他院よりお持ちの方)
- ☐ 最近3ヶ月における入院(当院を除く)の有無の確認について
- ☐ オンライン資格確認システムによる患者様の資格情報の確認について
- ☐ 入院事前調査表
- ☐ 保険外負担のお知らせ(同意書)
- ☐ テレビ利用申込書(利用者のみ)
- ☐ 駐車場利用申込書(利用者のみ)
- ☐ 各種同意書
- ☐ プライバシーに関する確認票(希望者のみ)

- ◆4人部屋でテレビ、ラジオを利用される方はイヤホンをご準備ください。
- ◆テレビ、電気ポット等の電化製品の持ち込みはご遠慮ください。
- ◆持ち物には氏名を明記していただきますようお願いいたします。
- ◆わからない事があれば1階「患者サポート相談窓口」までお尋ねください。
- ◆はさみ、ライター、爪切り等は、安全管理上、持ち込みを禁止しています。

入院中のスケジュール

6:00	7:30	12:00(3階病棟のみ12:05)	18:00	21:00
点 灯	朝 食	昼 食	夕 食	消 灯

① お食事《朝食7時30分・昼食12時・夕食18時》

お食事を楽しんでいただくために、陶磁器や介護用食器を使用し、季節に応じた行事食や選択メニューもご用意しています。献立表はデイルームに掲示してありますのでご覧ください。感染対策を講じた上で、デイルームでお食事することもできます。また、院外からの出前は固くお断りいたします。治療、検査のために食事を制限したり遅くなることがありますが、その都度医師・看護師が説明いたします。

お飲み物をご自分でご用意ください。デイルームには給茶機(お茶、お湯、水)、自動販売機があります。給茶機は、お持ちいただいた湯のみ、マグカップでご利用ください。

※とろみのついた飲み物は、病状に応じて病棟職員が提供します。

② 入 浴

主治医の許可があれば入浴できます。各階に浴室またはシャワー室(個室タイプ)があり、病状に合わせ入浴の場所や方法を相談させていただきます。

8階展望浴室は、杖などの支えが不要で身の回りの動作が自立している方がご利用いただけます。ご利用時間は毎週月・木曜日(祝日を除く)の13時30分～16時30分です。(最終入浴は16時)入浴をご希望の方には入浴券を発行しております。

入浴時の洗面器、石けん、シャンプーなどの必要物品は各自でご用意ください。(備え付けもございます。)

③ 洗 面《洗面所使用時間 6時～21時》

患者さんの安全のために

① お名前確認へのご協力をお願い

患者間違い防止のため、お名前(姓と名)と生年月日をお伝えください。
入院中はリストバンドを装着していただきます。
リストバンドには、お名前、生年月日、ID、バーコードが記載されており、検査・点滴などの際に使用します。

② 感染予防について

感染防止対策委員会を設け、感染予防に努めています。予防上、流行期や体調不良の際は、マスクの着用をお願いします。
手指消毒のご協力をお願いします。

③ 防災について

火災、地震等緊急時の場合には院内放送でご案内いたします。職員の指示に従ってください。また、階段付近に非常口案内図があります。非常時には、病棟内の患者さんの人数を把握し、点呼・避難誘導が必要になりますので、ご協力をお願いします。

院内ご利用のお願い(病院利用規則)

当院では、皆様が療養に専念していただくため、より良い療養環境の維持について職員一同取り組んでおります。安全かつ快適にご利用いただくにあたって、以下に院内ご利用のお願い(病院利用規則)を定めておりますので、ご協力くださいますようお願いいたします。

- ① 一般的な社会人としてのマナーをお守りください。
- ② 暴言、脅迫や暴力行為などにより、他の患者さんに迷惑を及ぼしたり、病院職員の業務を妨げる行為はしないでください。
- ③ 皆様の個人情報保護のため、院内での写真撮影(動画を含む)や録音は禁止しています。
- ④ 入院中は病院敷地内外を含め喫煙を固く禁止いたします(電子タバコ含む)。
- ⑤ 院内での飲酒、または、飲酒した状態での来院は固くお断りいたします。
- ⑥ 病院の機器、備品、設備を故意に破損する行為はしないでください。
- ⑦ 受診に必要なない危険物の院内への持ち込みは禁止しています。
- ⑧ 治療や面会などの必要がないにもかかわらず、当院建物・敷地内に立ち入り、注意しても退去しない等の行為はしないでください。
- ⑨ その他、不法行為はしないでください。

院内ご利用のお願いをお守りいただけない場合(以上のような迷惑行為、その他これらに準ずる行為を認めた場合)には診療不可能と判断し、当院のご利用をお断りいたします。また、相応の損害をご負担いただく場合もございますので、ご留意くださいますようお願いいたします。

※万が一飲酒・喫煙が確認された場合、安全管理および療養環境の維持の観点から、退院していただく場合があります。

院内生活を快適に過ごすために

① お部屋について

病状に応じて、入院された後にも病棟や病室を変更させていただくことがありますのでご理解のほど、お願いします。

当院ではプライバシー保護の観点から、病室前の氏名を非表示としておりますが、医療への安全配慮の観点から一時的に表示する場合がございます。また、面会希望者への病棟への案内も行っております。諸事情から、「病室入口での氏名表示」、「入院中の面会」を希望しない場合は、「プライバシーに関する確認票」にご記入の上、入院時にご提出ください。

② 携帯電話・スマートフォンのご利用について

重症観察室や医療機器を使用している患者さんの周囲では電源をお切りください。

携帯電話・スマートフォンをご利用の際は、マナーモードに設定していただき、使用時の会話については、同室の患者さんの迷惑にならないようデイルームでお願いします。

病院内では無料Wi-Fiをご利用いただけます。接続は院内に掲示してあります2次元コードを読み取り、ご利用ください。(Wi-Fi 利用可能時間 7時～21時)

③ 貴重品について

多額の現金及び貴重品はお持ちにならないようお願いします。現金・貴重品の紛失に関しては責任を負いかねますので、ご了承ください。

④ 電話の取り次ぎ《10時～20時》

上記時間外の取り次ぎはいたしかねます。電話の取り次ぎは緊急時の必要最小限にさせていただいております。個人情報保護法に基づき、お電話での入院患者さんの病状や、入院、退院などのお問い合わせにはお答えできません。

⑤ テレビの使用について

テレビは7時～21時まで視聴できます。

病院内では無料Wi-Fiをご利用いただけます。接続は院内に掲示してあります2次元コードを読み取り、ご利用ください。(Wi-Fi 利用可能時間 7時～21時)

ご利用の際は、必ずイヤホンを使用してください。周りの患者さんにご配慮をお願いします。

イヤホンは1階コンビニエンスショップで販売しています。

⑥ 駐車場について

当院駐車場は、駐車台数に限りがあります。外来患者さんの駐車スペース確保のため、入院患者さんの駐車はご遠慮いただいております。急な入院など場合には職員までお知らせください。

駐車場の利用については、皆様のご協力をお願いします。

※病状説明聴取などで来院の方等はこの限りではありません。

※長期間の無断駐車は、防犯上警察に連絡することがあります。

※駐車場内での事故、盗難等については責任を負いかねます。

ご相談について

● 患者サポート相談窓口／1階

当院では入院・外来問わず、患者さん及びご家族からの医学的な質問・生活上及び入院上の不安・職員の対応・医療安全に関すること等、様々な相談に対応する「患者サポート相談窓口」を設けております。ご相談の内容により、看護師、ソーシャルワーカー(社会福祉士)など専門の職員が対応させていただきます。

尚、相談者のプライバシーは尊重いたします。お気軽に「患者サポート相談窓口」、または病棟職員へご相談ください。

- ・病気にすること
- ・お薬に関すること
- ・生活上及び入院上の不安
- ・診療・看護・医療安全等に関すること
- ・職員の対応・施設・環境等に関すること

<その他>

- ・医療費の相談、医療保険制度の利用
- ・各種年金、手当の申請
- ・かかりつけ医の相談
- ・車椅子、装具などの費用負担
- ・身体障害者手帳の申請
- ・介護保険制度の申請、利用
- ・障害者支援制度の利用
- ・家庭生活、職業復帰、介護に関する相談
- ・身体障害者施設、介護保険施設等の利用について

入院費について

● 食事療養費について

一般 (69歳以下)	70歳以上の高齢者	標準負担額 (1食につき)
一般	現役並み・一般	550円
住民税非課税世帯	区分Ⅱ	(入院90日以内)270円
		(入院90日超) 220円
	区分Ⅰ	130円

※患者さんの都合で食事をキャンセルされた場合には患者さんのご負担とさせていただきます。

● 室料差額について(1日につき)

個室S	バス・トイレ・テレビ・冷蔵庫付き	8,800円(税込)
個室A・B	トイレ・テレビ・冷蔵庫付き	6,600円(税込)

※治療上、必要と認められた場合や、当院の都合により個室を利用する場合は、室料差額を頂きませんが
テレビをご利用になる場合は、テレビ利用料金 日額440円 (税込) を別途ご負担いただきます。

● 自己負担限度額について(詳細は右記表をご参照ください)

高額療養費制度とは、1か月の医療費の自己負担額が高額となった場合に、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される制度です(自己負担限度額の詳細は右記表をご参照ください)。

原則、保険者(加入している健康保険証の発行機関)に申請することにより払い戻されます。ただし、室料差額代やテレビ利用代、食事負担額などの費用は対象になりません。

また、1か月とは1日から末日までのことで、自己負担額は通院と入院、それぞれ支払った費用を別々に計算して限度額を超えている必要があります。

当院ではマイナンバーカードで健康保険証利用ができます。マイナンバーカードを健康保険証として使用される場合は、ご本人の情報提供に同意することでこれまで必要であった「限度額認定証」等を提示する必要がなくなります。

ただし情報提供に同意されない場合は、加入されている健康保険証の保険者が発行する「限度額認定証」を受付窓口にご提出ください。

【患者負担と自己負担限度額】

69歳以下	適用区分	ひと月の上限額(世帯ごと)	
		1～3回目	4回目以降
ア イ ウ エ	年収約1,160万円～ 健保：標準報酬 月額83万円以上 国保：基礎控除後の総所得901万円超	252,600円+ (医療費－842,000円) ×1%	140,100円
	年収約770万～約1,160万円 健保：標準報酬 月額53万～79万円 国保：基礎控除後の総所得600万～901万円	167,400円+ (医療費－558,000円) ×1%	93,000円
	年収約370万～約770万円 健保：標準報酬 月額28万～50万円 国保：基礎控除後の総所得210万～600万円	80,100円+ (医療費－267,000円) ×1%	44,400円
	～年収約370万円 健保：標準報酬 月額26万円以下 国保：基礎控除後の総所得210万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税者	35,400円	24,600円

70歳以上	適用区分	ひと月の上限額(世帯ごと)		
		外来(個人ごと)	1～3回目	4回目以降
現役並み	Ⅲ 課税所得 690万円以上の方	252,600円+ (医療費－842,000円) ×1%		140,100円
	Ⅱ 課税所得 380万円以上の方	167,400円+ (医療費－558,000円) ×1%		93,000円
	Ⅰ 課税所得 145万円以上の方	80,100円+ (医療費－267,000円) ×1%		44,400円
一般	年収156万～約370万円 健保：標準報酬 月額26万円以下 国保及び後期高齢者医療制度： 課税所得145万円未満等	18,000円 年間上限 144,000円	57,600円	44,400円
住民税非課税用	Ⅱ 住民税非課税世帯(Ⅰ以外の方)	8,000円	24,600円	－
	Ⅰ 住民税非課税世帯(年金収入80万円以下等)		15,000円	－

注) 1つの医療機関等での自己負担限度額(院外処方代を含みます)では上限を超えないときでも、同じ月の別の医療機関等での自己負担(69歳以下の場合は2万1千円以上であることが必要です)を合算することができます。この合算額が上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

入院費のお支払いについて

入院費のご請求は月末もしくは退院日で締め、請求書は翌月10日、もしくは退院日や退院されてから7日以内に発行いたします。なお、請求書をお受け取りになりましたら、7日以内に下記のいずれかの方法でお支払いくださいますようお願いいたします。

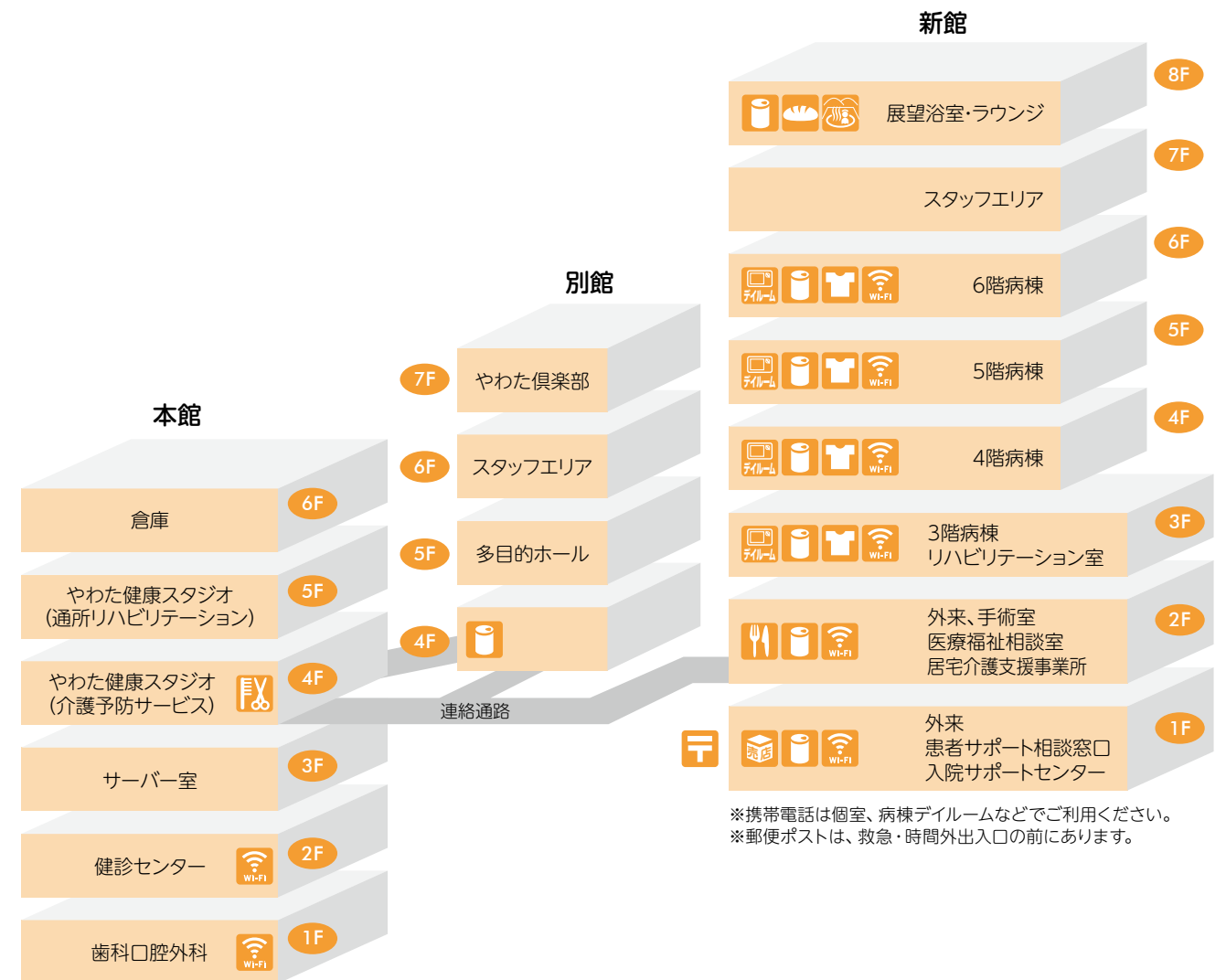
現金	● 1階自動精算機 ● 1階総合受付6番窓口	月～金 9時～18時 第1・3土曜 9時～17時 (第2・4・5土曜、日曜・祝日は除く)
クレジットカード	● 1階自動精算機 ● 1階総合受付6番窓口 ※JCB、VISA、Mastercard等がご利用いただけます。	月～金 9時～18時 第1・3土曜 9時～17時 (第2・4・5土曜、日曜・祝日は除く)
銀行振込	北國銀行 小松中央支店 普通口座 408297 口座名義 特定医療法人社団 勝木会 やわたメディカルセンター ※振込手数料は別途ご負担願います。	

※診察券をご持参ください。

※コンビニエンスショップでも支払い可能な場合があります。 ※2次元コードには対応していません。

ご注意 入院費のお支払いの相談は、1階「患者サポート相談窓口」にお問い合わせください。入院の診療費が高額になる場合、「限度額認定証」の制度がご利用いただけます。詳細はP7の「自己負担限度額について」をご参照ください。領収証は医療費の払い戻し等を受ける際に必要です。大切に保管してください。原則として再発行はいたしません。入院中に歯科を受診された場合は、請求書を持参のうえ、歯科もしくは総合受付までお越しください。

やわたメディカルセンター施設のご案内



※携帯電話は個室、病棟デイルームなどでご利用ください。
※郵便ポストは、救急・時間外出入口の前にあります。

施設内の設備とご利用いただけるサービス

※入院患者さんの入院病棟以外の移動は、スタッフステーションへお声掛けください。

〈床頭台〉テレビ
《有料1日440円(税込)》
7時から21時まで視聴できますが、イヤホンを使用してください(1階コンビニエンスショップで販売しています)。小型テレビ、DVDプレーヤーの持ち込みはご遠慮ください。
リモコン▶退院時にテレビ台の上に置き、持ち帰らないようにしてください。

コンビニエンスショップ(1F)
《営業時間》
平日、第1・3土曜/8時～18時
第2・4・5土曜、日曜、祝日/10時30分～15時30分
※8Fには、フード自動販売機があります。
※新聞の販売しています。
※各種キャッシュレス決済がご利用可能です。

〈床頭台〉冷蔵庫(無料)
利用開始から冷えるまでに一定の時間を必要とします(2時間程度)。

洗濯《利用時間:7時～21時》
各階に洗濯室があります。洗剤はご準備ください。
●コイン式洗濯機(200円)
●乾燥機(30分100円)

デイルーム
飲料自動販売機、電子レンジ、給茶機、流し台があります。

レストラン(2F)
《営業時間》
10時～15時
(ラストオーダー14時30分)
第1・3土曜/10時～13時30分
(ラストオーダー13時)
定休日/日・祝日・第2・4・5土曜

お見舞いメール・インターネット
電子メールで受付けたお見舞いのメッセージをお部屋までお届けいたします。詳しくは、ホームページ(<https://www.yawatamedical.com/>)をご覧ください。

理髪店
〔ヘアーサロン オク 本館4F〕
《営業時間》
9時～16時 予約制
定休日:日・祝・月・年末年始・その他
電話 0761-47-1566(不在でも転送されますので、切らずにそのままお待ちください)

郵便・宅配便
●郵便ポスト:救急・時間外出入口の前にあります。
●宅配便:ご利用の方は、職員にお尋ねください。

フード自動販売機
8階展望フロアにフード自動販売機があります。

展望浴室(8F)
《利用時間:13時30分～16時30分》
(月・木[祝日を除く])
ご利用いただけるのは、杖など支えが不要で、身の回りの動作が自立している方です。主治医の許可と入浴券が必要です。(同時に5名まで入浴可能)

無料 Wi-Fi
病院内掲示の2次元コードを読み取り、ご利用ください。

自動販売機
各階のデイルームに自動販売機があります。

当院では次のことに取り組んでいます

勝木グループは、皆様の病気の回復、健康の維持増進を願い、これを最優先にして日々の業務を行っています。

当然のことではありますが、私どもでは医師も含めて、決められた医療費、利用料以外のお礼や感謝の金品は一切いただかないことにしております。仮に送られてもお返しさせていただくことになります。これは従来から職員一同に固く申し渡してありますので、皆様のご理解とご協力をお願いします。

私どもは皆様に信頼され、愛される病院づくりを引き続き、徹底して参ります。日頃の病院、並びに職員の対応にお気づきの点がございましたら、何なりとご意見をお寄せください。

*カルテ情報の開示

当院ではカルテの開示を行っています。ご希望の方は、職員までお申し出ください。一週間程度時間を要します。

*インフォームドコンセント

診療を受けるにあたって、医師から十分な説明を受け、よく理解し納得した上で、ご自身の意思で検査や治療を受けるかどうか選択していただきます。診療に対して疑問や不明な点がございましたら遠慮なくお尋ねください。

*セカンドオピニオン（他の医師からの意見）

納得した治療を受けるために他の医師、または、他の病院の意見を聞いてみたい方は、ご遠慮なく職員にお申し出ください。

*クリニカルパス

「クリニカルパス」は疾患や手術ごとに、検査、治療、看護などの内容がまとめられたスケジュール表です。

※現在、一部の疾患の方にお渡ししています。順次、対象となる疾患を拡げています。

*個人情報保護

個人情報保護方針に基づき、患者さんの個人情報は適切に取り扱いしております。お電話での入院患者さんのお問い合わせにはお答えしないようにしております。

*患者サポート相談窓口

《平日9:00～17:00 第1・3土曜 9:00～12:00》

当院では患者さん及びご家族からの医学的な質問・生活上及び入院上の不安・職員の対応・医療安全に関すること等、様々な相談に対応する「患者サポート相談窓口」を設けております。ご相談の内容により、看護師、ソーシャルワーカー（社会福祉士）など専門の職員が対応させていただきます。お気軽に1階「患者サポート相談窓口」へご相談ください。

*臓器移植

当院は、臓器移植ネットワークに協力している病院です。臓器提供意思表示カードをお持ちの方、提供の意思を表明される方は職員までお申し出ください（当院が対応できる臓器は、心停止後の角膜のみです）。臓器提供を無理にお願いすることではありません。ご本人の想いを尊重したいと考えております。

*人生会議をサポートします

「人生会議」とは、もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族などの信頼できる人や医療・ケアチームとくりかえし話し合い、共有する取り組みのことです。自分の受けたい医療・ケアについて相談したいときは、主治医や看護師など医療スタッフに遠慮なくお伝えください。主治医や医療スタッフから、お声かけの上ご相談させて頂くこともあります。一緒に話し合いましょう。

転倒・転落を防ぐために

入院中は、慣れない環境や病状の変化により、思いがけず転んでしまうことがあります。特に、排泄時の転倒が多く見られます。

また、高齢の方や病状・治療等により、せん妄（一時的に注意力が低下し、意識が混乱すること）を起こしやすく、転倒の危険性が高くなる場合があります。

当院では、転倒や転落防止に、職員一同努力しております。以下の「転倒・転落防止のためのお願い」をお読みいただき、ご理解とご協力をお願いします。

【転倒・転落防止のためのお願い】

- * スリッパなどかかとのない履物は、つまずきの原因となります。歩きやすく、脱げにくい靴（運動靴、つま先とかかかとが収まる物）が好ましいです。
- * 立ち上がりなどの動作は、ゆっくりお願いします。動作に不安がある場合は、遠慮なく職員にお申し出ください。
- * 歩行が不安定で、杖や歩行器が必要な場合は、医療者の指示に従って使用してください。
- * 車椅子は必ずブレーキをかけ、車椅子の足置台を上げてから乗り降りしてください。
- * 必要に応じて、ベッド柵などの追加や行動を把握できるセンサーなどを使用し、予防対策をとらせていただく場合があります。



記入見本

入院誓約書

即日入院の方は、1週間以内に職員へご提出ください。

記入日

西暦 2026 年 4 月 1 日

やわたメディカルセンター 院長 殿

私は入院加療にあたり、貴院の諸規則を守り、指示に従い、下記事項を相違なく履行することを誓約します。

一、受診協力義務として、病院の利用規則、その他の指導指示を守ります。

一、診療に関連して、医師・看護師等への暴力、暴言、その他これに順ずる行為は行いません。

一、入院者の一身上に関する事項については、身元引受人（兼連帯債務者）が一切の事項を引き受けます。

一、入院費用等は、指定の期日までに入院者、身元引受人（兼連帯債務者）、または連帯保証人が責任をもって納入します。

一、以上の事項を遵守できない場合は、退院を命ぜられることに同意し、身元引受人（兼連帯債務者）の責任において、

指定の期日までに必ず引き受けます。

【入院者】

入院される患者様の氏名・生年月日・現住所・電話番号・勤務先・
勤務先電話番号（なければ未記入可）をご記入ください。
代筆でも構いません。代筆者氏名と続柄等をご記入ください。

入院者 ※1	ふりがな 氏 名 (代筆者指名)	やわた たらう 八幡 太郎 八幡 花子 (続柄等 妻)	生年月日 大正 昭和 平成 令和 00 年 10 月 1 日
	現住所	〒923-8551 石川県小松市八幡イ12番地7 電話番号 0761-47-1212	
	勤務先	(例) 夫、長女、次男、 パートナー、同居人など 電話番号 - -	

※1 代筆の場合、代表者の氏名と続柄等もあわせてご記入ください。

身元引受人兼連帯債務者 ※2	ふりがな 氏 名 (自署)	生年月日 大正 昭和 年 月 日
	現住所	〒 - -
	勤務先	電話番号 - -

※2 「身元引受人兼連帯債務者」欄は、成年者で支払い能力のある方（同一世帯でも可）が、署名してください。

【連帯保証人について】

☐ 私は、以下のとおり、状況を説明し限度額 300,000円 について連帯保証人の承認を受けました。

連帯保証人 ※3	ふりがな 氏 名 (自署)	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	現住所	〒 - -
	勤務先	電話番号 - -

※3 「連帯保証人」欄は、同一世帯以外の成年者で支払い能力がある方が、署名してください。

☐ 私は、連帯保証人を準備することができないため、連帯保証人代行制度「ライフカード」に加入いたします。

医療費用債務保証「ライフカード」300,000円 保証コース（保険料 3,000円）（税込）

入院誓約書

即日入院の方は、1週間以内に職員へご提出ください。

西暦 年 月 日

やわたメディカルセンター 院長 殿

私は入院加療にあたり、貴院の諸規則を守り、指示に従い、下記事項を相違なく履行することを誓約します。

一、受診協力義務として、病院の利用規則、その他の指導指示を守ります。

一、診療に関連して、医師・看護師等への暴力、暴言、その他これに順ずる行為は行いません。

一、入院者の一身上に関する事項については、身元引受人（兼連帯債務者）が一切の事項を引き受けます。

一、入院費用等は、指定の期日までに入院者、身元引受人（兼連帯債務者）、または連帯保証人が責任をもって納入します。

一、以上の事項を遵守できない場合は、退院を命ぜられることに同意し、身元引受人（兼連帯債務者）の責任において、

指定の期日までに必ず引き受けます。

入院者 ※1	ふりがな 氏 名 (代筆者指名)	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	現住所	〒 電話番号 - -
	勤務先	電話番号 - -

※1 代筆の場合、代表者の氏名と続柄等もあわせてご記入ください。

身元引受人兼連帯債務者 ※2	ふりがな 氏 名 (自署)	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	現住所	〒 電話番号 - -
	勤務先	電話番号 - -

※2 「身元引受人兼連帯債務者」欄は、成年者で支払い能力のある方（同一世帯でも可）が、署名してください。

【連帯保証人について】

☐ 私は、以下のとおり、状況を説明し限度額 300,000円 について連帯保証人の承認を受けました。

連帯保証人 ※3	ふりがな 氏 名 (自署)	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	現住所	〒 電話番号 - -
	勤務先	電話番号 - -

※3 「連帯保証人」欄は、同一世帯以外の成年者で支払い能力がある方が、署名してください。

☐ 私は、連帯保証人を準備することができないため、連帯保証人代行制度「ライフカード」に加入いたします。

医療費用債務保証「ライフカード」300,000円 保証コース（保険料 3,000円）（税込）

最近3ヶ月における入院（当院を除く）の有無の確認について

ふりがな	
氏 名	
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
入院の有無	1 最近3ヶ月以内における入院（当院を除く）の有無 有 ・ 無 2 有の場合は以下の事項も記入してください。 ① 入院した医療機関名 名称： 住所： (注) 正確な住所が分からない場合は、市町村名だけ記入してください。 他医療機関の退院証明書の発行を受けておられる場合はその原本又は写しを添付してください。 ②入院した時の病名 ③入院した期間 西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日 西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

オンライン資格確認システムによる 患者様の資格情報の確認について

当院ではオンライン資格確認システムの利用により直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額）が確認できます。

これにより、限度額認定証等がなくても、当院における窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要になります。

上記内容につき理解した上で、当院におけるオンライン資格確認システムによる資格取得に希望されない場合は、下記の項目について☑を入れてください。

※下記の項目について要望がない場合、この書類の提出は不要です。

☐ オンライン資格確認システムに同意しない

西曆 年 月 日

患者様氏名

患者様が未成年もしくは自署不可の場合

代諾者署名

(患者様との続柄等：)

※オンライン資格確認システムに同意されない場合は、加入されている健康保険証の保険者にて「限度額適用認定証」の申請手続きが必要となります。

病状説明及び連絡先

当院では、よりよい治療を進めていく上で、患者様及びご家族様のご協力がなにより大切であると考えています。

病状説明について

- ①病状説明を受ける時に、中心になる方（責任者）をご家族様の中から1人お決めください。
※責任者=患者様に代わって医療の実施に判断や同意ができる方
- ②基本的に休日を除く日中の時間内または、担当者の提示した日程で行うことにご協力ください。
- ③「誤解」や「行き違い」を避けるため、特別な場合を除きお電話での病状説明は行っておりません。
- ④主治医又は主担当医が説明をいたしますが、救急患者様の対応や、緊急手術等の理由により、やむを得ず上記以外の医師から説明させていただく場合があります。

以下の内容について、ご理解いただきますようお願いします。

患者様氏名 _____ 様

1. 主治医より病状説明を受けられる時、中心になる方（責任者）
※必ず日中、夜間連絡できる番号をお知らせください。

お名前	続柄等	①携帯の電話番号	②ご自宅の電話番号	その他 ①②が繋がらない時

2. 上記の方以外で次に連絡可能な方

お名前	続柄等	①携帯の電話番号	②ご自宅の電話番号	その他 ①②が繋がらない時

※未記入の場合、病棟で確認させていただく事もあります。

テレビ利用申込書 兼 支払い同意書

当院では入院患者様の療養環境充実のため、各病床にテレビ・冷蔵庫付の床頭台を設置し、テレビ（冷蔵庫のご利用は無料です）をご利用になる患者様には、日額440円（税込）の料金のご負担をお願いしております。

つきましては、ご利用を希望される患者様は、下記事項をご理解いただき、同意書にご署名のうえ、入院サポートセンター又は各病棟スタッフステーションまでご提出ください。

記

- テレビは、地上波・BS・メリポートTV*をご利用いただけます。
- 大部屋では、イヤホンをご利用ください。
- 消灯時間以降のテレビのご利用はご遠慮ください。
- 省エネのため、テレビの電源はこまめにお切りください。
- 利用料金は入院費用請求時にあわせて請求させていただきます。

※但し、0時～24時の間、外泊等により病院に不在となる日については、請求は発生いたしません。

以上

*メリポートTVとは

床頭台のテレビを利用した病院案内やVOD（映画）がご覧になれるシステムです。病院案内では入院中の朝・昼・夕食の献立や当院オリジナルメニューのレシピ集、検査説明動画などをご覧いただくことができる他、洗濯室やシャワー室の使用状況がお部屋からでもご確認いただけます。

同 意 書

やわたメディカルセンター 院長 殿

私は、上記事項を理解し、
西暦 年 月 日よりテレビを利用し、その料金を支払うことに同意します。
なお、テレビ利用を中止する場合は別途、利用中止申込書を提出します。

西暦 年 月 日

患者様氏名

患者様が未成年もしくは自署不可の場合

代諾者署名

（患者様との続柄等： ）

入院事前調査票

記載日 西暦 年 月 日

患者様氏名 様 ID

患者様・ご家族様へ
患者様の意志決定を支援・尊重し、納得を得た患者サービスを提供するために、患者様のご入院前の既往歴・日常生活状況などをお聞かせ願います。ご記入はお答えいただける範囲で結構です。また、ご家族の方がお答えになっても構いません。状況に応じては、ご入院後にもう一度お尋ねすることがあるかもしれませんが、ご理解とご協力をお願いします。尚、ご記入いただいた内容は、記録に残し、治療・看護を行なう医療者間のみで共有いたします。

※該当する項目に記入及び○をお願いします

1. 家族構成 (ご本人以外の同居人)
配偶者・パートナー・子供 () 人・祖父・祖母・父・母・兄弟姉妹 () 人・孫 () 人
その他 () ・独居・施設入居中

薬 物	なし	あり(ピリン 造影剤 抗生物質 消毒液 その他)	わからない
食べ物	なし	あり(さば かに そば 卵 牛乳 大豆 桃 キウイ その他)	わからない
花 粉	なし	あり(スギ イネ ブタクサ その他)	わからない
その他	なし	あり(ハウスダスト ダニ 金属 ゴム製品 その他)	わからない

3. 今までにかかった病気・けがなどがあればご記入ください
あり ・ なし ・ わからない

発症 年齢	病名	現在の状況			治療内容			
歳		治療中	治癒	その他()	通院	入院	手術	その他()
歳		治療中	治癒	その他()	通院	入院	手術	その他()
歳		治療中	治癒	その他()	通院	入院	手術	その他()
歳		治療中	治癒	その他()	通院	入院	手術	その他()
歳		治療中	治癒	その他()	通院	入院	手術	その他()

4. 介護認定はうけられていますか
なし (非該当) ・ あり:介護度 (要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)
介護サービスの利用状況
デイサービス (週: 回) デイケア (週: 回) ショートステイ (月: 回) その他 ()
ケアマネジャー : いない ・ いる (事業所 担当者)

5. 身障手帳をお持ちですか
なし ・ あり:身障 () 級

6. 「臓器提供意思カード」は、お持ちですか
なし ・ あり

7. 日常生活について

お酒は飲みますか	飲まない	飲む()を()ml／日 頻度：毎日・1週間に()回・月に()回
タバコは吸いますか	吸わない	吸う(1日 本)・やめた(喫煙歴 歳～ 歳)
入れ歯はありますか	なし	あり(全部・上・下・一部：)
日中の排泄方法は何ですか	トイレ・オムツ・ポータブルトイレ・尿器・その他	
夜間の排泄方法は何ですか	トイレ・オムツ・ポータブルトイレ・尿器・その他	
排尿は1日何回ですか	()回／日	就寝後()回
排便は何日に何回ですか	()回／()日	
睡眠剤の使用はありますか	なし	あり(種類：)
視力に不自由はありますか	なし	あり(右・左・両方)使用品：眼鏡・老眼鏡・義眼・コンタクト
聴覚には不自由はありますか	なし	あり(右・左・両方) 補聴器使用(あり・なし)
麻痺(まひ)はありますか	なし	あり(部位：)
しびれの問題はありますか	なし	あり(部位：)

8. 安全で快適な入院生活を過ごしていただくために（転倒・転落防止対策）

私たちの病院では、生活環境を整備しながら転倒・転落の予防に充分に注意をして、安全で快適な入院生活を送っていただくようにいたしておりますが、さらに安全を高めるためには、ご家族のご協力が欠かせませんので、よろしくお願いします。

今までに転倒したことがありますか

ない ・ ある (回)

転倒したことがある方は、いつ頃、どのような状況でしたか

(歳)： 状況 ()

(歳)： 状況()

入院前の歩行状態を教えてください

1人で何も使わず歩いていた ・ 杖を使用していた ・ 押し車を使用していた

車椅子を使用していた ・ その他 ()

9. その他、伝えたいこと(不安に感じること・ご要望)がありましたら、ご記入をお願いします

10. 生命の危機が迫るようなものの時のために、あなたが望む医療やケアについて前もってご家族等と話し合い共有していますか

- している
- 分からない
- していない

※「している」方は、入院中、医師、看護師やソーシャルワーカー等がお話を伺うことがあります

11. 妊娠の可能性はありますか

いいえ ・ はい ・ 妊娠中()週

..... ご協力ありがとうございました

保険外負担のお知らせ

やわたメディカルセンターでは、患者様の保険外負担として認められているものについて、以下のとおりご負担額を定めております。

入院生活において、下記料金表記載の物品など（以下 物品）をご利用された場合は、実費のご負担をお願いします。本件のご承諾として、事前に本申込書兼同意書をいただきます。

※同意書をいただいている方で、緊急に物品の使用の必要性が生じた場合など、確認なしに物品を使用する場合があります。

※物品は、使用量・利用回数に応じた実費を請求させていただきます。

※物品をあらかじめ持参されるなど、ご利用がなかった場合は請求は発生しません。

※物品は、すべて1階のコンビニエンスショップで取り扱っています。

名 称		料金 (税込)	補足
口腔衛生品	マウスウォッシュ	1,445円	ご自身で歯磨きができない時に使用します。
	クルリーナブラシ	364円	
	オーラルバランスジェル	1,584円	
	オーラルケアスワブ(1本)	29円	
	ゼクリン(1本)	116円	
おもつ類	ウエスタンシース(1枚)	187円	
日用品	ティッシュ	92円	
その他	ステレオイヤホン	462円	
	スリッパ簡易式	323円	
	アンダーパット(1枚)	77円	
	エンゼルケア	5,500円	
	電話代	実費	

保険外サービス申込書兼同意書

やわたメディカルセンター 院長 殿

私は、必要に応じて使用する上記の物品について、保険外負担（実費負担）とすることに同意します。

西曆 年 月 日

患者様氏名

患者様が未成年もしくは自署不可の場合

代諾者署名

(患者様との続柄等：)

プライバシーに関する確認票

当院ではプライバシー保護の観点から、病室前の氏名を非表示としておりますが、医療への安全配慮の観点から一時的に表示をする場合がございます。また、面会希望者への病棟への案内も行っております。

諸事情から、「病室前での氏名表示」、「入院中の面会」を希望しない場合は、下記にご記入の上、入院時にご提出ください。

なお、当院では個人情報保護の観点から、入院中かどうかの問い合わせについては、一律に「お答えできません」と返答しております。

下記の項目について要望される場合は、☒を入れてください。

※下記の項目について要望がない場合、この書類の提出は不要です。

☐ 一時的であっても病室前に氏名表示を希望しません。

☐ 入院中は面会を希望しません。

西暦 年 月 日

患者様氏名

患者様が未成年もしくは自署不可の場合

代諾者署名

(患者様との続柄等：)

※入院後であっても、ご希望があれば対応させていただきますので、看護師等にお申し出ください。

個人情報の利用目的について

やわたメディカルセンターでは、基本方針に基づき、患者さんの氏名、生年月日、住所や診療録の記載内容等の個人情報については下記の目的に利用し、その取り扱いには万全の体制で取り組んでいます。

当院における患者さんの個人情報の利用目的をご理解の上、情報のご提供と、当院の情報利用にご同意くださいますようお願いいたします。

やわたメディカルセンター 院長

●院内での利用

1. 患者さんに提供する医療サービス及び、医療サービスの向上
2. 入退院等の病棟管理
3. 医療事故等の報告
4. 医療の質の向上を目的とした院内研究
5. 院内医療実習への協力
6. 医療保険事務・会計・経理
7. その他、患者さんに係る管理運営業務

●院外への情報提供としての利用

1. ご家族等への病状説明
2. 他の病院、診療所、助産院、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等及び、北陸体力科学研究所との連携
3. 他の医療機関等からの照会への回答
4. 患者さんの診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
5. 事業者等から委託を受けた健康診断に係る、事業者等へのその結果通知
6. 検体検査業務等の業務委託
7. 保険事務の委託
8. 審査支払機関へのレセプトの提供
9. 審査支払機関または保険者への照会
10. 審査支払機関または保険者からの照会への回答
11. 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等
12. その他、患者さんへの医療保険事務に関する利用

●その他の利用

1. 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
2. 外部監査機関への情報提供
3. 医療の質の向上および、疾病動向の研究に資する公的機関への情報提供

- ①上記個人情報の利用に関しましては、この案内によりご同意いただけたものといたします。
- ②上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当窓口までお申し出ください。但し、法令等によりお申し出にお応えできない場合もございます。
- ③お申し出をされても当院で不利益を受けることはありません。
- ④お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
- ⑤これらのお申し出は、いつでも撤回、変更をすることができます。

当院における個人情報の管理者及び、お問い合わせ先
個人情報保護管理責任者 法人本部 情報部 山岸 靖彦
個人情報に関する問合せ先 情報統計部 (0761-47-1212)



特定医療法人社団 勝木会

やわたメディカルセンター

YAWATA MEDICAL CENTER

〒923-8551 石川県小松市八幡イ12番地7
 電話(0761)47-1212(代) FAX(0761)47-1941
 E-mail hosp@katsuki-g.com
 URL <https://www.yawatamedical.com/>



病 床 数 200床

- 急性期一般入院料1(52床)
- 地域包括医療病棟入院料(50床)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1(44床)
- 地域包括ケア病棟入院料2(54床)

外来受付時間 月～金曜日 8時～11時(診療開始 9時～)
 12時45分～16時(診療開始 14時～)

第1・3土曜日 8時～11時(診療開始 9時～)

※受付時間は診療科によって異なります

休 診 日 日曜日、祝日、第2・4・5土曜日、
 第1・3土曜日午後、年末年始、お盆



敷地内
禁 煙