入院に際しての確認事項

ID:＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 病状の説明は、患者さま本人の同意の上、ご家族へ行います。
   説明を受けられる際は情報の混乱を避けるため、ご家族の中で主に説明を受ける方を決定していただく必要があります。
   意思表示困難な患者さまの場合は、特定のご家族に説明させていただきます。
   ご本人の意思表示可能となり次第、同意を得るようにいたします。

2. 個人情報保護法の施行に伴う入院中の患者さまの氏名表示等について、当院では、安全な医療への取り組みと面会の方へのご案内の観点から、原則として、病室入口などでの氏名表示および面会の方への入院病棟への案内をしております。

3. ただし、諸事情から「病室入口での氏名表示」「面会者への病棟案内」を希望されない患者さまは、下記の対応となります。ご確認の上ご判断いただき、希望確認欄にご記入ください。
   ① 病室入口での氏名表示はいたしません。
   ② 電話や、受付でのご本人に関する、各種問合せに対し、一切お答えしません。
      ご家族・ご親戚・ご友人等であっても、一切お答えしません。
      また、特定の方のみなどの個別対応はいたしません。
      ※ ただし、患者さまの生命にかかわる場合や、法令に基づく問い合わせについては回答させていただく場合があります。
   ③ 同意しないことで起こり得る不都合に関して、当院では一切責任を負いません。
   ④ 入院中のみの対応となるため、退院と同時に無効とします。

希望確認欄
□ 氏名表示、案内を希望します。 □ 氏名表示、案内を希望しません。 *→職員は、不同意対応を実施してください*

説明職員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記事項について確認しました。

確認日　　年　　月　　日　本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理承諾者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人との関係　　）

代理承諾者連絡先　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者さまが未成年者の場合や、その他特別の事情により署名できない場合は、親権者や配偶者・近親者・後見人等の方が「代理承諾者署名」欄にご自分の氏名を、「本人署名」欄に患者さまの氏名をご記入ください。