

# 入院のご案内



聖稜リハビリテーション病院

〒426-0133

静岡県藤枝市宮原676-1

TEL 054-639-0112 FAX 054-639-0789

<https://seiryokai.or.jp/>





## 病院理念

あなたの「えがお」を大切にします

そして、地域との「きずな」をより深めます

### 基本方針

1. 個別性を重視した安全で良質なりハビリテーション医療を提供します
2. 地域連携の充実と切れ目ない地域医療体制の構築を目指します
3. 職員の資質・技術向上に努めます
4. 健全な病院経営を築きます
5. 一体感のある組織運営を目指します

### 患者さんの権利

- 病気の状態や個人的な背景にかかわらず、平等で最善の医療を受ける権利があります
- 受けられる医療について十分な説明を受け、医療行為について選択の自由があり、ご自身の意思もしくはご家族などの意向により決定する権利があります
- 最適な医療を受けていただくために、自由に病院を選んだり、他の医師からのお話（セカンドオピニオン）を聞く権利があります
- 診療により得られた、いかなる患者さまの情報についても保護され、またご自身の診療情報の開示を求める権利があります

### 患者さんにご協力いただきたいこと

1. ご自身の身体に関する情報や治療方法などについてのご希望は、できるだけ正確にお伝えください
2. 当院の規則や指示をお守りください
3. 身近な地域で「かかりつけ医」を持ち、ご自身にとっての最適な医療についてご相談ください

# 目次

入院から退院までの流れ	3
お知らせとお願い	4
入院生活のスケジュール（例）	6
入院の手続き・持ちもの	7
入院生活について	8
院内の設備等のご利用	10
面会について	12
入院費用のお支払いについて	13
相談窓口および苦情窓口のご案内	14
個人情報保護についての方針	15
フロアマップ	16
同意書・申込書	17

## 担当者の紹介

当院はチーム医療を行っております。

入院されるお部屋は \_\_\_\_\_ 階 \_\_\_\_\_ 号室 です

主治医（	）	理学療法士（	）
看護師（	）	作業療法士（	）
医療相談員（	）	言語聴覚士（	）
管理栄養士（	）	医事課（	）

# 入院～退院までの流れ

## 入院日のご連絡

入院日が決定次第ご連絡します。（入院日の2～3日前のご連絡となります）  
ベッドの空き状況によって、入院までに多少お時間がかかる場合があります。

## ↓ 入院当日

入院事務手続き後に、主治医より治療方針の説明をします。  
看護師、療法士、社会福祉士などの担当スタッフより入院の説明を行います。

## ↓ 入院時初期訪問調査

自宅退院に向けて、具体的なイメージを患者さん、ご家族、担当スタッフが共有できるよう、当院入院後1週間以内に療法士がご自宅に出向き、家屋環境を確認します。  
自宅訪問が難しい場合は、ご家族に家屋写真をお願いする場合があります。

## ↓ リハビリテーション評価

入院中は担当スタッフがチームで患者さんの状態を把握し、治療プログラムを立案します。  
月1回、合同カンファレンスを実施し、患者さんのリハビリの目標を設定します。  
カンファレンスの内容は、『リハビリテーション総合実施計画書』にて患者さん・ご家族に説明します。

## ↓ 家族報告会（病状説明会）

患者さんの病状やリハビリの進捗状況、福祉制度などを主治医、看護師、療法士、社会福祉士より説明し、退院に向けての準備を進めます。

## ↓ 退院前訪問指導

患者さんといっしょに療法士、社会福祉士がご自宅を訪問し、安心・安全に生活を送るための準備を目的として、具体的な介助方法や手すりの設置、段差解消などの住宅改修の相談、福祉機器の選択・提案を行います。

## ↓ 外泊（外出）訓練

退院前に、外泊または外出訓練を行います。  
実際に自宅でご家族と過ごすことで、入院中にはわからなかった問題が生じることがあります。  
その問題について、入院中に再評価し、退院後の生活に支障がないように調整します。

## ↓ 退院前カンファレンス

患者さん、ご家族、退院後の生活を支援するケアマネージャーやサービス事業所などの関連職種と退院に向けたカンファレンスを行います。  
安心して退院できるよう、患者さんの状況を確認し、退院後のサービスの調整・準備などを行います。

## 退院

# お知らせとお願い

## 適切な意思決定支援について

当院で治療・療養生活を送る患者さんは、様々な意思決定をする必要があります。私たち病院職員は、患者さんおよびご家族や関係者の皆さまの意思を尊重し、適切な意思決定ができるよう当院の指針を定めています。指針についてはホームページに記載しておりますので、ご確認ください。

<https://seiryokai.or.jp>



## 迷惑・危険行為の禁止

当院では、下記のような行為があった場合は、診療を中止し退院となる場合があります。

- ・他の患者さんや職員に対する身体的暴力や暴言、あるいはセクシャルハラスメントやストーカー行為。
- ・他の患者さんへの迷惑行為や診療・その他の業務に支障をきたす行為。
- ・無理難題な要求を繰り返し行い、職員の業務を妨害する行為。
- ・入院中の規則を守らない行為。（飲酒・喫煙等）

## セカンドオピニオン

「主治医だけでなく、他の病院の医師の意見も聞いてみたい」というご希望がありましたら、主治医・看護師にお申し出ください。

当院より提出する診療情報提供書やデータ等の資料をお渡しします。（有料）

## 人まちがいを防ぐために…

- ・検査や訓練の際は、原則、お名前の確認をします。
- ・患者さん本人であることを確認するため、患者認識用リストバンドを使用しております。ご協力をお願いします。

## 治療と説明について・・・『キーパーソン』をお決め下さい。

- ・治療についてご不明な点は、主治医・看護師などにお尋ね下さい。十分理解した上で治療を受けて下さい。理解・合意できない場合は、その旨をお伝えください。
- ・治療にあたり、患者さん自身の意思表示が明確で有効な場合は、その意思を尊重します。
- ・病状や治療方法などの説明や同意について、窓口となる人『キーパーソン』を決めてください。
- ・医師からの説明を希望される場合は、『キーパーソン』が同席のもとで説明を受けてください。
- ・治療上必要な検査等が発生した場合は、医師の判断のもと、他の医療機関へ紹介することがあります。あらかじめ、ご理解とご協力をお願いします。



## 転倒・転落防止策について

入院による環境の変化や戸惑い、病気や怪我による体力・運動機能の低下などから、思いがけない転倒転落に繋がる場合があります。

そのため、職員は転倒転落について細心の注意を払い、必要に応じた防止対策を実施します。

## 撮影・録音などの禁止



患者さんや職員のプライバシーおよび個人情報を守るため、院内で許可なく写真（動画）の撮影や録音など（以下「撮影など」という。）を行うことを禁止しています。

また、診察中、処置中のスマートフォンや電子機器類の使用についても、固くお断りします。

撮影などを希望される方は、スタッフにご相談ください。

許可なく行っていることが判明した場合は、データの削除をお願いします。



許可を得て撮影した写真（動画）などであっても、SNSなどへの無断使用は固くお断りします。データをSNSなどに公開し、問題が発生した場合は、投稿者の責任であり、当院は一切の責任を負いません。

検査情報や画像情報（X線写真など）を希望される場合は、診療情報開示の手続きをお願いします。

### 許可を受けた撮影などの場合の注意事項

- \* 撮影、録音したデータは、許可を受けた目的以外には使用しないでください。
- \* 許可を得た場合であっても、撮影時に他の患者さんや職員が写り込まないように、十分注意してください。録音の場合も、同様の配慮をお願いします。
- \* 許可を得て撮影などをした場合であっても、他の患者さんなどからクレームがあった場合は、データの消去をお願いします。
- \* 病院は公共の場所です。他の方の迷惑とならないよう、病院のきまりを遵守し、節度ある行動をお願いします。

## 禁煙について

院内・敷地内ともに禁煙（新型たばこ、電子たばこを含む）となっています。

ご面会の方もご協力をお願いします。



MEMO

# 入院生活のスケジュール（例）

6:00

起床

7:00

朝食

8:00

モーニングケア

9:00

検査・体調チェック

リハビリテーション

入浴（清拭）

12:00

昼食

13:00

リハビリテーション

余暇活動

リハビリテーション

16:00

着替え

17:00

18:00

夕食

19:00

イブニングケア

21:00

就寝

## 【リハビリテーション】

1日最大3時間  
体調や状態に合わせてスケジュールを組み  
リハビリテーションを行います。

個々の病状や怪我の状態により、  
リハビリテーションの内容が変わります。



## 【モーニングケア・イブニングケア】

朝食前や夕食後に、  
必要に応じて、療法士が  
患者さんと一緒に生活動作の練習を行います。  
（歯磨き、洗顔、トイレ、着替えなど）



## 【栄養】

各病棟に管理栄養士がいます。  
食事と栄養に関してお気軽にご相談ください。



## 【口腔】

歯科衛生士が口腔評価や  
ブラッシング指導を行います。



## 【退院支援】

各病棟に社会福祉士がいます。  
なんでもお気軽にご相談ください！



# 入院の手続き・持ちもの

## 手続きに必要なもの



- マイナンバーカード（又は健康保険証）
- 限度額認定証等の医療券（お持ちの方）  
（マイナンバーカードで受診される方は不要）
- 介護保険証
- 障害者手帳
- 重度障害者医療費助成金受給者証
- 特定医療費（指定難病）受給者証
- その他、各種手帳など

- お薬・お薬手帳
- 病院からお預かりした書類

- 入院のご案内



## 入院の持ちもの

### ● 持ちものについては、すべてお名前を書いてお持ちください。

- 衣類などの洗濯は、基本、ご家族にお願いしています。
- 床頭台の収納スペースは限られておりますので、下記を参考にご用意ください。



- リハビリウエア（ジャージなど）  
（洗濯込みのレンタル可能）



- 下着・靴下類



- パジャマ  
（レンタル可能）



- バスタオル（3枚）
- タオル（6枚）

それぞれ3組程度ご用意ください



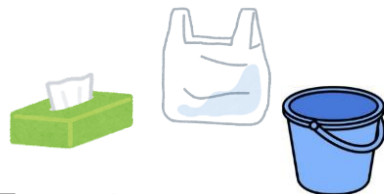
- 運動靴



- 歯ブラシ・歯磨き粉  
（歯ブラシ院内販売あり）
- 洗面用コップ
- ヘアブラシ
- 身体を洗うタオル



- 置時計
- イヤホン
- 不織布マスク



- ティッシュ
- 10ℓ位のビニール袋
- 10ℓ位の蓋付きバケツ

### ※必要な方のみ



- 髭剃り
- 義歯・義歯ケース・義歯洗浄剤
- お尻拭き
- 眼鏡・眼鏡ケース
- 補聴器・補聴器ケース

- レンタル料金については24ページの「入院時負担金額に係る申込書」をご確認ください。
- レンタル品に関しては随時変更が可能なため、病棟スタッフにご相談ください。
- 入院中の生活状況に応じて、上記の持ちもの以外に準備をお願いする場合があります。ご了承ください。



# 入院生活について

## 入浴について

	一般浴	機械浴
2階病棟	月曜・木曜	火曜・金曜
3階病棟	火曜・金曜	水曜・土曜
4階病棟	水曜・土曜	月曜・木曜

- ・ 入浴は原則週2回となります。
- ・ 患者さんの病状、状態に合わせた入浴を行うため、場所や曜日が変更となる場合があります。
- ・ 医師の指示により中止の場合は、清拭を行います。
- ・ 入浴の時間は、リハビリなどの時間と重ならないように調整します。
- ・ 職員の男女比の関係で、同性による入浴介助ができない場合があります。ご了承ください。
- ・ リハビリの進捗状況や生活の自立度により、病棟内の浴室（日常生活訓練室）を利用する場合があります。その際、上記日程と異なる場合がありますので、看護師または療法士にご確認ください。

## 更衣について

毎朝・毎晩着替えを行います。

リハビリを行うため、日中は動きやすい服装、夜はパジャマで過ごします。

## 所持金の管理について

現金の所持は、入院に必要な最低限の額をお願いします。

管理は、床頭台のセーフティーボックス（鍵のかかる箱）をご利用ください。

## 外出・外泊について

外出や外泊の際は、医師の許可が必要です。

希望される場合は、あらかじめ病棟スタッフへお申し出ください。



## 携帯電話の利用について

通話は他者の迷惑にならないよう、指定された場所をお願いします。

院内にフリーWi-Fiスポットをご用意しております。場所により、電波が弱い場合があります。

詳細は院内の掲示をご覧ください。



## 口腔ケアについて

- ◆ 入院時、歯科衛生士による口腔内のチェックや歯磨き指導を行います。
- ◆ ご希望の方は、生活動作練習や日々の歯磨きに使用できる3本入りの歯科専用歯ブラシの購入が可能です。（有料）  
※歯ブラシはおおよそ1ヶ月毎に新しい歯ブラシに交換いたします。  
購入された方で3本では足りない場合には、自動的に追加購入となります。



## 義歯を利用されている方について

- ◆ 義歯をお持ちの方は、ご持参ください。
- ◆ ご本人が取り外しや洗浄などの管理が難しい場合は、病棟にて管理します。看護師までお知らせください。
- ◆ 協力医療機関の歯科医師により、義歯に名前を入れることもできます。（有料）

## 衣類などの洗濯について

- ◆ 衣類などの洗濯は、原則ご家族にお願いしています。
- ◆ ご家族による洗濯が難しい場合は、業者に依頼することができます。  
ご希望される方は、相談員にご相談ください。詳細については別紙をご覧ください。

## 食品の持ち込みについて

食品の持ち込みは、治療及び衛生管理上、原則ご遠慮ください。

## 禁酒・禁煙

- ◆ 飲酒・喫煙（新型たばこ・電子たばこを含む）は原則禁止となっています。  
病院敷地内で飲酒・喫煙があった場合は、診療を中止し退院となる場合があります。  
ご面会の方も、ご協力をお願い致します。



## 持ち込みを禁止しているもの

以下のものは持ち込みを禁止しておりますのでご了承ください。

- たばこ（新型たばこ・電子たばこを含む）、ライター
- 酒などのアルコール類（ノンアルコールを含む）
- ハサミ、カッターなどの刃物類
- 動物（ペット）



# 院内の施設等のご利用

## テレビ

テレビカードの販売機は、各病棟と1階ロビーに設置しています。（1枚1,000円 約50時間使用可能）

\*紛失防止のため、カードに氏名を記入してください。

\*テレビを見る場合は、イヤホンが必要です。イヤホンは1階受付にて販売しています。

\*使用途中のテレビカードは精算できます。1階正面玄関の精算機をご利用ください。（手数料50円）

\*両替機はありませんので、両替をご希望の場合は、平日の時間内に1階受付へお声かけください。

## 売店（3階）

月曜～金曜 12:00～15:00にご利用できます。

（土・日・祝日はお休みです。）

## 新聞の購読

新聞の申し込みは、集金方法なども含め、業者と直接購読手続きが必要です。

申し込みを希望される方は、病棟ステーションまでお知らせください。



## 洗濯

各病棟の洗面所にコイン式洗濯機、乾燥機が設置されています。

使用時間 7:00～19:00 洗濯1回200円（税込） 乾燥1回（30分）100円（税込）

洗剤は各自でご準備ください。



## 理容・美容院

理容：第1水曜・第2月曜

美容：第3水曜

上記の日に3階理髪室にてご利用できます。

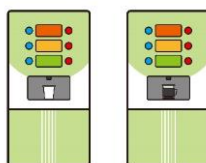
予定表を各病棟内に掲示しています。ご希望の方は病棟ステーションへご相談ください。

入院費の請求といっしょに利用料金を請求いたします。

## 給茶機の利用

各病棟に給茶機を設置しています。

ご自由にご利用ください。



## 公衆電話

1階正面玄関と各病棟に公衆電話を設置しています。（3階のみテレフォンカード使用可能）

テレフォンカードは、3階病棟ステーションまたは1階受付にて販売しています。



# その他

## 病室変更について

病状・状態により、設備状況に適した居室に変更をお願いすることがあります。  
その際には当院より説明をいたしますのでご了承下さい。

## 入院中の他科受診について

1. 原則として、入院中に保険扱いによる他の医療機関への受診はできません。（歯科を除く）  
※ご家族が代理でかかりつけの病院からお薬をもらう場合も同様となります。
2. 入院中に当院ではできない専門的診察を必要とした場合は、医師の判断のもと他の医療機関への受診を依頼する場合があります。
3. 入院中の他の医療機関の受診については、主治医・看護師にお問い合わせください。

## ご意見箱について

『ご意見箱』は各病棟、1階受付ロビー、1階時間外出入口に設置しています。  
患者さん、ご面会の方々からの率直なご意見をお待ちしています。  
いただいたご意見は、早急に検討し、開示します。



## 実習生の受け入れについて

当院では、年間を通して実習生を受け入れています。  
療養士同席のもと、実習生がリハビリテーションを提供する場合があります。  
ご理解とご協力をお願いします。



## 歯科診療について

当院では、協力医療機関の歯科医師による診療を受けることができます。  
受診をご希望の方は、主治医または看護師までお申し出ください。



## 災害時・緊急時について

災害が起こった場合は、落ち着いて職員の指示に従ってください。

- ・火災や地震が起こった場合は、職員の指示に従って避難してください。
- ・エレベーターは絶対に使用しないでください。

# 面会について

面会時間	平日 : 14:00~17:30 土日祝日 : 14:00~17:00 1回あたりの面会時間 15分以内
面会できる方	家族または親族2名まで（中学生以上に限る）
注意事項	<p>① 体調がすぐれない方の面会をご遠慮ください</p> <p>② 時間外出入り口にて、手指消毒・検温を必ず行ってください。</p> <p>③ 入院されている病棟にて受付（氏名と時間のご記入）をしてください。</p> <p>④ 面会は病室内のみでお願いします。</p> <p>⑤ 患者さん、面会者ともにマスクを着用してください。</p> <p>※ 面会に来られた際に、リハビリテーションを行っている場合は、リハビリテーションが優先となります。 ご理解とご協力をお願い致します。</p>

◎感染症対策のため、面会を制限または禁止する場合がありますのでご了承ください。

## 面会時の駐車場について

病院正面の駐車場は外来患者さん優先の駐車場となります。

面会の際は、病院西側大駐車場をご利用ください。

ご協力をお願い致します。



# 入院費用のお支払いについて

## 〈入院中のご請求〉

締め日は毎月月末です。

翌月の5日以降に請求書をお渡しします。

但し、土日祝日ははさむ場合は、多少の遅れがありますので、あらかじめご了承ください。

毎月月末までにお支払いください。

## 〈退院時のご請求〉

退院日の当日に請求書をお渡しします。

その他請求済みの分も含めて、退院日に全額のお支払いください。

退院日に請求書をお渡しできない場合は、郵送となります。お手元に届いてから10日以内にお支払いください。

## 会計窓口取り扱い時間

**8：30 ～ 17：00（月曜～金曜）**

（土日祝日はお取り扱いできませんのでご了承ください。）

## お支払方法

現金またはクレジットカードでのお取り扱いとなります。

お振り込みを希望される方は1階受付にお申し出ください。

※取り扱いクレジットカード：VISA、MasterCard、JCB、DC、AMEX、DinersClub 他  
クレジットカード支払いの際は暗証番号が必要です。

※住所、保険証や保証人などに変更が生じた場合は、受付窓口にご連絡ください。

※所得税の医療費控除を申告する際などに領収書が必要となります。大切に保管してください。

## 証明書の発行について

診断書類の証明書は、1階受付にお申し込みください。

原則、病棟ステーションでお預かりすることはできませんので、ご了承ください。



# 入院の費用について

令和6年6月1日改訂

1か月（月30日計算）の入院費用概算について

	所得区分	医療費の自己負担金	食事代	居住費	保険外負担金	合計
65才未満	ア	約26万円	44,100円 (1食490円)	0円	0～45,000円	約31万～35万
	イ	約17万円				約22万～26万
	ウ	約9万円				約14万～18万
	エ	57,600円				約10万～15万
	オ	35,400円	20,700円 (1食230円)			約6万～10万

	所得区分	医療費の自己負担金	食事代	居住費	保険外負担金	合計
65～69歳	ア	約26万円	44,100円 (1食490円)	11,100円 (1日370円)	0～45,000円	約32万～36万
	イ	約17万円				約23万～27万
	ウ	約9万円				約15万～19万
	エ	57,600円				約11万～16万
	オ	35,400円	20,700円 (1食230円)			約7万～11万

	所得区分	医療費の自己負担金	食事代	居住費	保険外負担金	合計
70歳以上	現役Ⅲ	約26万円	44,100円 (1食490円)	11,100円 (1日370円)	0～45,000円	約32万～36万
	現役Ⅱ	約17万円				約23万～27万
	現役Ⅰ	約9万円				約15万～19万
	一般	57,600円				約11万～16万
	低所得Ⅱ	24,600円	20,700円 (1食230円)			約6万～10万円
	低所得Ⅰ	15,000円	9,900円 (1食110円)			約4万～8万円

## 保険外負担金の内訳

病衣の貸出 (洗濯料含む)	1日につき 132円 (税込み)
リハビリウエア貸出	貸出期間中は料金がかかります 1日につき 350円 (税込み) (洗濯料を含む)

- ・病衣等希望されない方は、各自でパジャマ・リハビリウエアのご用意をお願い致します。  
また、洗濯につきましてもご家族様にお願いしております。
- ・衛生面に支障がある場合に限り、当方の判断でご用意をすることがありますが、その場合には記載の料金がかかります。

オムツ代	種類により 65円～200円 (税込み)
------	----------------------

- ・身体の状況に合わせたオムツを用意させていただきます。使用量に応じた請求となります。
- ・オムツを使用される方は、確定申告の際に控除の対象となる場合があります。受付までお問い合わせください。

## その他

入院時食事療養費 (標準負担額)	1食につき 490円 1日あたり・3食 1,470円
---------------------	-------------------------------

入院治療を受けている期間は食事も保険より給付となります。

※当院では、健康保険の療養費に該当しない料金についてご希望される場合、その利用項目と使用回数に応じて下記の料金がかかります。

おやつ	1日 110円 (税込み)
個室料金	〈室料1日あたり〉 特別室 (1人室) 7,700円 (税込み) 個室 (1人室) 5,500円 (税込み)
洗濯代	1ネット (45cm×55cm) 800円 (税込み)





# 相談窓口および苦情窓口のご案内



疾病に関する医学的な質問や生活上および入院上の不安など、さまざまな相談に対応する窓口を設置しています。ご希望の際は相談窓口にお申し出ください。

受付場所	1階相談窓口
受付時間	8：30～16：00（月曜～金曜）（土日祝日を除く）
相談内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院や退院、通院に関すること</li> <li>・医療費の支払いに関すること</li> <li>・入院中の生活に対する疑問や不安</li> <li>・介護保険や身体障害者手帳など各種福祉制度の申請方法や利用方法について</li> <li>・病気、お薬、検査など治療に関すること</li> <li>・リハビリテーションに関すること</li> <li>・食事などの栄養に関すること</li> <li>・病院設備に関すること</li> <li>・介護に関すること など</li> </ul>
支援体制として以下の取り組みを実施しています	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 相談窓口と各部門が連携して支援しています。</li> <li>2. 各部門に患者支援担当者を配置しています。</li> <li>3. カンファレンスを週1回開催し、取り組みの評価を行っています。</li> <li>4. 相談への対応・報告体制をマニュアル化し、職員に周知・徹底しています。</li> <li>5. 支援に関する実績を記録しています。</li> <li>6. 定期的に支援体制の見直しを行っています。</li> </ol>	
市区町村や国民健康保険団体連合会に苦情を申し出ることができます	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 藤枝市役所 介護福祉課</li> <li>2. 国民健康保険団体連合会 苦情相談</li> <li>3. 静岡県庁 県医療安全相談</li> </ol>	

## 診療情報の提供・開示について

患者さんの主体性、自己決定権の尊重のために、情報の開示を〔患者の権利〕にかかっています。日常の診療情報の提供、リハビリテーション総合実施計画書の説明、ご相談は、主治医、病棟師長、各部門の担当者へお気軽にお申し出ください。また、ご意見箱を設置していますのでご活用ください。

申請に基づく診療録などの開示は、対象・範囲に関する取り決めがあります。1階医事課にお問い合わせください。



# 個人情報保護についての方針

当院は、個人の権利・利益を保護するために、個人情報を適切に管理することを社会的責務と考えます。個人情報保護に関する方針を以下のとおり定め、職員及び関係者に周知徹底を図り、個人情報保護に努めます。

## 1. 個人情報の収集・利用・提供

個人情報を保護・管理する体制を確立し、適切な個人情報の収集、利用および提供に関する内部規則を定め、これを遵守します。

## 2. 個人情報の安全対策

個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざんおよび漏洩などに関する万全の予防措置を講じます。万一の問題発生時には速やかな是正対策を実施します。

## 3. 個人情報の確認・訂正・利用停止

当該本人（患者さん）等からの内容の確認・訂正あるいは利用停止を求められた場合には、別に定める内部規則により、調査の上適切に対応します。

## 4. 個人情報に関する法令・規範の遵守

個人情報に関する法令およびその他の規範を遵守します。

## 5. 教育および継続的改善

個人情報保護体制を適切に維持するため、職員の教育・研修を徹底し、内部規則を継続的に見直し、改善します。

## 6. 診療情報の提供・開示

診療情報の提供・開示に関しては、別に定めます。

## 問い合わせ窓口

個人情報に関するお問い合わせは、各部署責任者または以下の窓口をご利用下さい  
個人情報保護相談窓口 総務部

## 患者さんの個人情報の利用目的について

当院での患者さんの個人情報の利用目的についてはホームページに記載しておりますので、ご確認ください。

<https://seiryokai.or.jp>



# フロアマップ



トイレ



トイレ (車椅子)



エレベーター



階段



公衆電話



AED

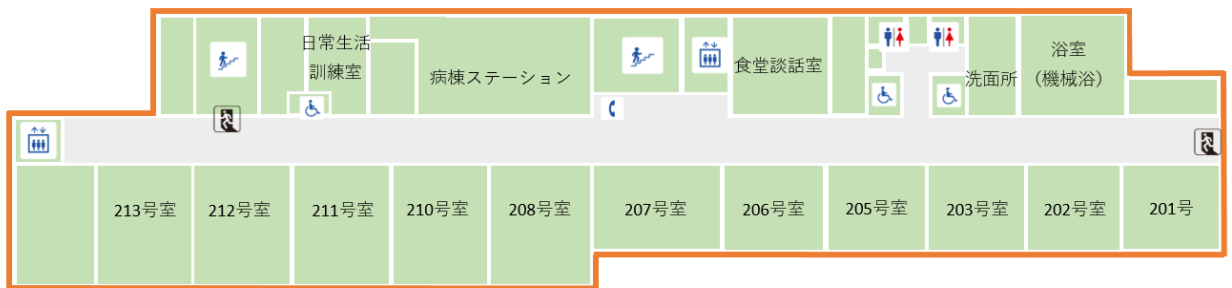


非常口

## 1階



## 2階



## 3階



## 4階



## 同意書・申込書

- ① 入院申込書（記入例）
- ② 入院申込書
- ③ 入院中の個人情報取り扱い同意書
- ④ 入院時負担金額に係る申込書
- ⑤ 患者さんの私物管理に関する 説明および同意書
- ⑥ 住環境について
- ⑦ 入院時情報シート（記入例）
- ⑧ 入院時情報シート

※ ①～⑧の同意書・申込書は、切り取らずにご提出ください

## 入院申込書（兼誓約書）

記入例

聖稜リハビリテーション病院 院長 殿

貴院への入院にあたり、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。

万一、各種規則に違反したとき、または他の患者さんの迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を入院患者、身元引受人、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

## 記

- 本人に関する一切のことは、身元引受人ならびに連帯保証人が責任を持って引き受けます。
- 入院料その他の諸費用については、入院患者または連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。
- 暴言・暴力やセクシャルハラスメント行為などがあり、警告に応じない場合は直ちに退院いたします。
- 貸与品や備品を紛失、破損、汚損した場合は、貴院の指示に従い弁償金を支払います。

以上

(西暦) 年 月 日

入院患者			
ふりがな	せいりょう はなこ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
氏名	聖稜 花子	生年月日	(西暦) ○年○月○日(○○歳)
住所	(〒426-0133) 藤枝市宮原676-1		
電話(自宅)	(054)639-0112	電話(携帯)	090-1234-5678
オンライン資格確認を用いた <u>限度額適用認定証</u> の照会に同意		<input checked="" type="radio"/> する	<input type="radio"/> しない

身元引受人			
ふりがな	せいりょう たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	聖稜 太郎	入院患者との関係	夫
生年月日	(西暦) ○年○月○日(○○歳)		
住所	(〒426-0133) 藤枝市宮原676-1		
電話(自宅)	(054)639-0112	電話(携帯)	090-9876-5432
勤務先名	○○会社	電話(勤務先)	(054)○○○-□□□□

(西暦) ○年○月○○日

押印または氏名自署: 聖稜 太郎

※押印の場合は、シャチハタ不可

★連帯保証人は身元引受人と別世帯で支払い能力を有する方が、下記を必ず自署にてお願いします。

連帯保証人			
ふりがな	せいりょう いちろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	聖 稜 一 郎	入院患者との関係	長 男
生年月日	(西暦) ○ 年 ○ 月 ○○ 日 (○○ 歳)		
住所	(〒○○○-△△△△) 藤枝市 ○○ - □□□		
電話(自宅)	( 0 5 4 ) 6 3 9 - △△△△	電話(携帯)	0 9 0 - ○○◎◎ - □□□□
勤務先名	○ ○ 工 務 店	電話(勤務先)	( 0 5 4 ) □□□ - △△△△
勤務先住所	藤枝市 ◎◎ - △△△		
極度額	15 万円	極度額とは、連帯保証人が負う負担金の上限額となります。入院費のような金額が不確定なものに対して連帯保証人をたてる際に、上限を設けるよう民法で定められています。	

私(連帯保証人)は、入院料その他の諸費用の全部または一部が指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。

(西暦) ○ 年 ○ 月 ○○ 日

押印または氏名自署: 聖 稜 一 郎

※押印の場合は、シャチハタ不可

※貴院からの郵送物は下記宛てにお願いします。

<input type="checkbox"/> 入院患者	<input checked="" type="checkbox"/> 身元引受人
<input type="checkbox"/> その他	
氏名:	患者との関係:
住所:	
電話番号:	

# 入院申込書（兼誓約書）

聖稜リハビリテーション病院 院長 殿

貴院への入院にあたり、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。

万一、各種規則に違反したとき、または他の患者さんの迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を入院患者、身元引受人、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

## 記

1. 本人に関する一切のことは、身元引受人ならびに連帯保証人が責任を持って引き受けます。
2. 入院料その他の諸費用については、入院患者または連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。
3. 暴言・暴力やセクシャルハラスメント行為などがあり、警告に応じない場合は直ちに退院いたします。
4. 貸与品や備品を紛失、破損、汚損した場合は、貴院の指示に従い弁償金を支払います。

以上

(西暦) 年 月 日

入院患者			
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	(西暦) 年 月 日 ( 歳)
住所	(〒 - )		
電話(自宅)	( ) -	電話(携帯)	- -
オンライン資格確認を用いた <u>限度額適用認定証</u> の照会に同意 する しない			

身元引受人			
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		入院患者との関係	
生年月日	(西暦) 年 月 日 ( 歳)		
住所	(〒 - )		
電話(自宅)	( ) -	電話(携帯)	- -
勤務先名		電話(勤務先)	( ) -

(西暦) 年 月 日

押印または氏名自署：

※押印の場合は、シャチハタ不可

★連帯保証人は身元引受人と別世帯で支払い能力を有する方が、下記を必ず自署にてお願いします。

連帯保証人			
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		入院患者との関係	
生年月日	(西暦) 年 月 日 ( 歳)		
住所	(〒 - )		
電話(自宅)	( ) -	電話(携帯)	- -
勤務先名		電話(勤務先)	( ) -
勤務先住所			
極度額	15万円	極度額とは、連帯保証人が負う負担金の上限額となります。入院費のような金額が不確定なものに対して連帯保証人をたてる際に、上限を設けるよう民法で定められています。	

私(連帯保証人)は、入院料その他の諸費用の全部または一部が指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。

(西暦) 年 月 日

押印または氏名自署:

※押印の場合は、シャチハタ不可

※貴院からの郵送物は下記宛てにお願いします。

<input type="checkbox"/> 入院患者	<input type="checkbox"/> 身元引受人
<input type="checkbox"/> その他	
氏名:	患者との関係:
住所:	
電話番号:	



# 入院中の個人情報取り扱い同意書

当院では、安心して医療を受けていただくために、個人情報の取り扱いに、万全の体制で取り組んでいます。

1. 「個人情報保護についての方針」ならび「個人情報の利用目的」は〔入院のご案内〕の15ページに記載していますので、ご確認ください。
2. 電話などによる、患者さん個人に関する問い合わせには原則お答えしていません。
3. 診療録の開示が申請された際は、原則開示します。(有料) ただし、診療上の不利益になると考えられる場合などの理由により、やむを得ずお断りする場合があります。

## 臨床研究における個人情報の利用について

患者さんの検査結果、治療成績、カルテに記載された内容などを医学研究や教育のために必要に応じて使用させていただきたいと考えています。これらを用いた研究や教育は医療の進歩や、医療従事者の育成のために貴重なことです。

患者さんの情報を研究や教育に用いる場合、個人を特定できないようにいたします。取り扱いおよび使用については、当院の倫理委員会にて検証し、法令（個人情報保護法）や規則など厳守します。ただし、どうしても個人が特定されるようなことであれば、別途事前に同意をいただきます。ご理解とご協力をお願い致します。

情報提供に同意されなくても、当院での治療において、不利益を受けることは一切ありません。

上記の個人情報の保護、取り扱いについてご理解をいただき、その利用について

- 同意します
- 同意しません（内容： \_\_\_\_\_ ）

### プライバシーに関わる確認欄

※下記のものぞまない項目があれば、□にレ点をつけてください。

- 病室入り口における氏名の掲示をのぞまない
- 病室ベッドにおける氏名の掲示をのぞまない
- 入院診療録に添付するための顔写真の撮影をのぞまない
- 面会者のご案内をのぞまない  
(面会者ごとの細かい対応はできかねます。また面会者が直接病棟に上がられた場合等、対応出来ない場合もございますのでご理解ください。)
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

※上記のお申し出は、いつでも撤回、変更することができます。

(西暦)            年        月        日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 (自署できない場合) \_\_\_\_\_ (患者との関係) \_\_\_\_\_

# 入院時負担金額に係る申込書

医療法人社団聖稜会

聖稜リハビリテーション病院 院長 殿

貴院に入院するにあたり、入院時の負担金および保険外の利用料金に係る説明を受けた上で、下記の医療保険外の利用について申し込みをします。

また、費用については、貴院の定める使用料金を支払います。

《医療保険外の利用についての申し込み》 希望項目に☑記入をお願いします。

1 特別療養環境室の利用料金（個室）

個室 1日につき 5,500円（消費税込み）

特別室 1日につき 7,700円（消費税込み）

「算定例：午後8時入院、翌日午前10時退院した場合は2日間となります」

(西暦) 年 月 日より退室日まで利用します。

2 リハビリウェアの利用料金

1日につき 350円（消費税込み）（洗濯料を含む）

リハビリウェアを(西暦) 年 月 日より終了(返却)日まで利用します。

3 病衣の利用料金

パジャマタイプ 1日 132円（消費税込み）（洗濯料を含む）

病衣を(西暦) 年 月 日より終了(返却)日まで利用します。

4 その他の利用料金（消費税込み）利用枚数に応じた料金となります。

リハビリパンツ・おむつ・パットを利用します。

● リハビリパンツ 1枚 190円 ● 軟便パット 1枚 120円

● テープ式 1枚 200円 ● 尿取りパット 1枚 65~100円

歯科専用歯ブラシを利用します。（日常生活動作訓練や日々の歯磨きにて使用）

● 歯科専用歯ブラシ 3本 330円

おやつを提供を希望します。

● おやつ1日 110円

(西暦) 年 月 日

患者氏名

代理人氏名

(続柄)

※患者さん自身が記載出来ない場合は、「代理人氏名」欄に記載してください。

医事確認印

## 患者さんの私物管理に関する 説明および同意書

入院生活を送るにあたり、患者さんの高価な私物は紛失や患者間トラブル防止のため、持ち込まないことを原則としております。

しかし、患者さんの個別性に合わせた義歯、眼鏡、補聴器などは生活に不可欠な物品であり、オーダーメイドで作られた高価なものをお預かりしなければならないこともあります。

基本的には、患者さん自身に管理をお願いしておりますが、ご自身での管理が難しくなることがあり、病院側がお手伝いしなければならない場合もあります。

昨今、ご自身での管理が難しい携帯電話を、コミュニケーションツールとして入院中に使用する方が増え、管理に難渋している状況もあります。

高価な私物に関しては、患者さんの意向に沿って十分注意をして管理をいたしますが、破損や紛失する可能性もあることをご理解ください。

私物の破損・紛失の際は、原因追求、調査を行い、保障など最善を尽くしますが、病院側の故意や過失が認められない場合には保障しかねる場合もあることをご承知おきください。

患者さんの 私物（物品名を記載）

---

---

---

以上の説明を受け、同意いたします。

（西暦）            年            月            日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

（本人との続柄 \_\_\_\_\_）

聖稜リハビリテーション病院

主治医 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

## ◆ 住環境について ◆

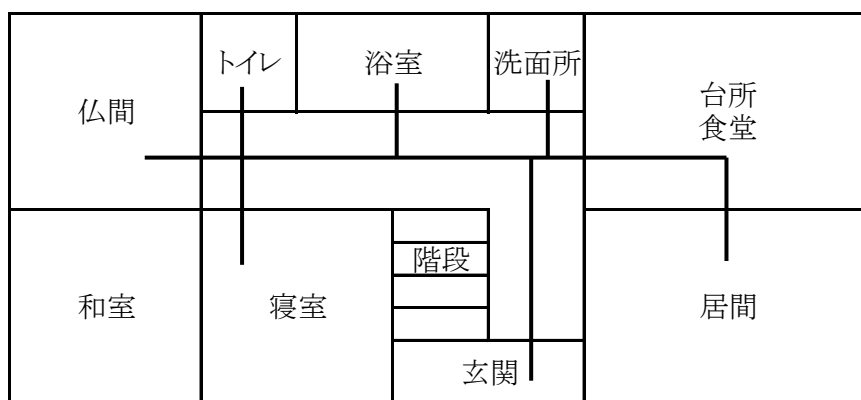
当院では、入院時より家屋の状況を確認し、生活環境に合わせたリハビリテーションプログラムを立案します。  
 下記の例を参考に、間取りや動線など簡単に家屋情報の記載をお願いします。

※記載は裏面でもかまいません。

主に患者さんが使う生活スペースを記載してください

記入日	(西暦)	年	月	日	
患者氏名				記入者	

(例)



# 入院時情報シート (NO.1)

記入例

※本紙にご記入した内容は個人情報保護に基づき、目的以外には使用しません。

フリガナ	セイリョウ タロウ	年齢	記入日： 西暦 ○○○○年 ○月 ○日
患者氏名	聖稜 太郎	80歳	記載者： 聖稜 花子
		続柄： <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

## ★リハビリ病院への入院について

今回の入院（転院）について医師から説明がありましたか あった なかった

何のために入院すると説明されましたか ( **骨折の手術後のため、自宅退院のためにはリハビリが必要です** )

## ★今回の入院までの経過についてご記入ください

いつから **○○○○年○月○日 夜6時頃**

どこで **自宅玄関**

どんな症状・状態になったか

**転んで立てなくなっているところを家族が見つめて救急車で○○病院救急に運ばれ入院になった。**

## ★お薬について

現在内服している薬 なし あり：管理している人 本人 本人以外 ( **妻** )

お薬手帳 なし あり

市販薬・健康食品の服用 なし あり (商品名 **青汁を毎日飲んでいる**)

## ★身体状況について

薬剤の副作用・アレルギー歴 なし あり (薬剤名 )

食物アレルギー なし あり (食物名 **サバ 山芋**)

その他アレルギー なし あり ( **ハチ** )

## ★在宅サービス なし あり

デイサービス・デイケア ヘルパー ショートステイ

福祉用具 配食サービス

訪問看護 訪問リハビリ

その他 ( )

## ★栄養について

現在の食欲の低下 なし あり 食べていない (食物以外で補給している)

噛みやすくしたり飲み込みやすくするための食事の調整 なし あり

直近3ヶ月以内の3Kg以上の意図しない体重の減少 なし あり 分からない

宗教上の摂取禁止食品 なし あり ( )

※裏面のご記入もお願いします

# 入院時情報シート (NO.2)

※本紙にご記入した内容は個人情報保護に基づき、目的以外には使用しません。

★自宅での日常生活について	
むせこみ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり     とろみ剤使用の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
食事	<b>3</b> 回/日 <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 経管栄養
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり    義歯の管理： <input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理    (                  )
かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり    (病院名 <b>〇〇</b> 医院                  )
嗜好品	喫煙： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり    本/日 ( <b>20</b> 歳から <b>50</b> 歳まで <b>30</b> 年間)
	飲酒： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (種類・量 <b>日本酒コップ 1杯/日</b> )
便回数	<b>1</b> 回/ <b>2</b> 日    下剤内服の有無： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <b>モビコール 1包</b> )
尿回数	<b>6</b> 回/日    (夜間排尿回数 <b>2</b> 回)    失禁 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	カテーテル管理 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他	メガネ： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり    補聴器： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	ペースメーカー： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
認知障害など	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり    物忘れ 気になる症状 ( <b>同じことを何回も言う</b> )
睡眠状況	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不眠    眠剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名：                  )
歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 補助具 (                  ) <input type="checkbox"/> できない
褥瘡 (床ずれ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    ( 部位                  )    発生時期 (                  )
★今までの活動について	
仕事	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容                  )
車の運転	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
趣味	( <b>囲碁</b> )
転倒歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
手足の動き	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 動きにくい：部位 (                  )
★気になること、心配なことをご記入ください    例：入院費支払方法や保険について     退院先についてなど	
<b>入院費がどのくらいかかるか</b> <b>3階に住んでいるのでひとりで階段が上がるようになるか心配</b>	
★ACP=アドバンス・ケア・プランニング Advance care planning 『人生会議』	
これは、患者様が将来の意思決定能力低下に備えて、これから受ける医療やケアについて、患者様の考えをご家族や医療従事者に明らかにして文章に残すことです。もし、ご自分のご希望があればお書きください。また、ご家族の方でご本人の意思を聞いたことがある場合はわかる範囲でお書きください。	
例：心肺蘇生はしない    呼吸器はつけない    最後まで十分な治療を受けたい    など	
<b>痛いことや苦しいことはしない</b>	

入院時にこの情報を利用させていただきます。ご協力ありがとうございました。

# 入院時情報シート (NO.1)

※本紙にご記入した内容は個人情報保護に基づき、目的以外には使用しません。

フリガナ	年齢	記入日： (西暦) 年 月 日
患者氏名		記載者：
		続 柄： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )

## ★リハビリ病院への入院について

今回の入院（転院）について医師から説明がありましたか	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
何のために入院すると説明されましたか	( )

## ★今回の入院までの経過についてご記入ください

いつから
どこで
どんな症状・状態になったか

## ★お薬について

現在内服している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： 管理している人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 ( )
お薬手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
市販薬・健康食品の服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (商品名 )

## ★身体状況について

薬剤の副作用・アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名 )
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食物名 )
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

## ★在宅サービス なし あり

<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア	<input type="checkbox"/> ヘルパー	<input type="checkbox"/> ショートステイ
<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 配食サービス	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	
<input type="checkbox"/> その他	( )	

## ★栄養について

現在の食欲の低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 食べていない (食物以外で補給している)
噛みやすくしたり飲み込みやすくするための食事の調整	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
直近3ヶ月以内の3Kg以上の意図しない体重の減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 分からない
宗教上の摂取禁止食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

※裏面のご記入もお願いします

# 入院時情報シート (NO.2)

※本紙にご記入した内容は個人情報保護に基づき、目的以外には使用しません。

★自宅での日常生活について	
むせこみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      とろみ剤使用の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
食事	回/日 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 経管栄養
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      義歯の管理: <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理
かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      (病院名 _____ )
嗜好品	喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      本/日 ( _____ 歳から _____ 歳まで _____ 年間 )
	飲酒: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類・量 _____ )
便回数	回/日      下剤内服の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      (薬剤名 _____ )
尿回数	回/日      (夜間排尿回数 _____ 回)      失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	カテーテル管理 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他	メガネ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      補聴器: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	ペースメーカー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
認知障害など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 物忘れ      気になる症状 ( _____ )
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不眠      眠剤の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      (薬剤名: _____ )
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 補装具      ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他    ) <input type="checkbox"/> できない
褥瘡 (床ずれ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      (部位 _____ )      発生時期 ( _____ )
★今までの活動について	
仕事	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      (内容 _____ )
車の運転	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
趣味	( _____ )
転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
手足の動き	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 動きにくい: 部位 ( _____ )
★気になっていること、心配なことをご記入ください      例: 入院費支払方法や保険について    退院先についてなど	
★ACP=アドバンス・ケア・プランニング Advance care planning 『人生会議』	
これは、患者様が将来の意思決定能力低下に備えて、これから受ける医療やケアについて、患者様の考えをご家族や医療従事者に明らかにして文章に残すことです。もし、ご自分のご希望があればお書きください。また、ご家族の方でご本人の意思を聞いたことがある場合はわかる範囲でお書きください。	
例: 心肺蘇生はしない    呼吸器はつけない    最後まで十分な治療を受けたい    など	

入院時にこの情報を利用させていただきます。ご協力ありがとうございました。

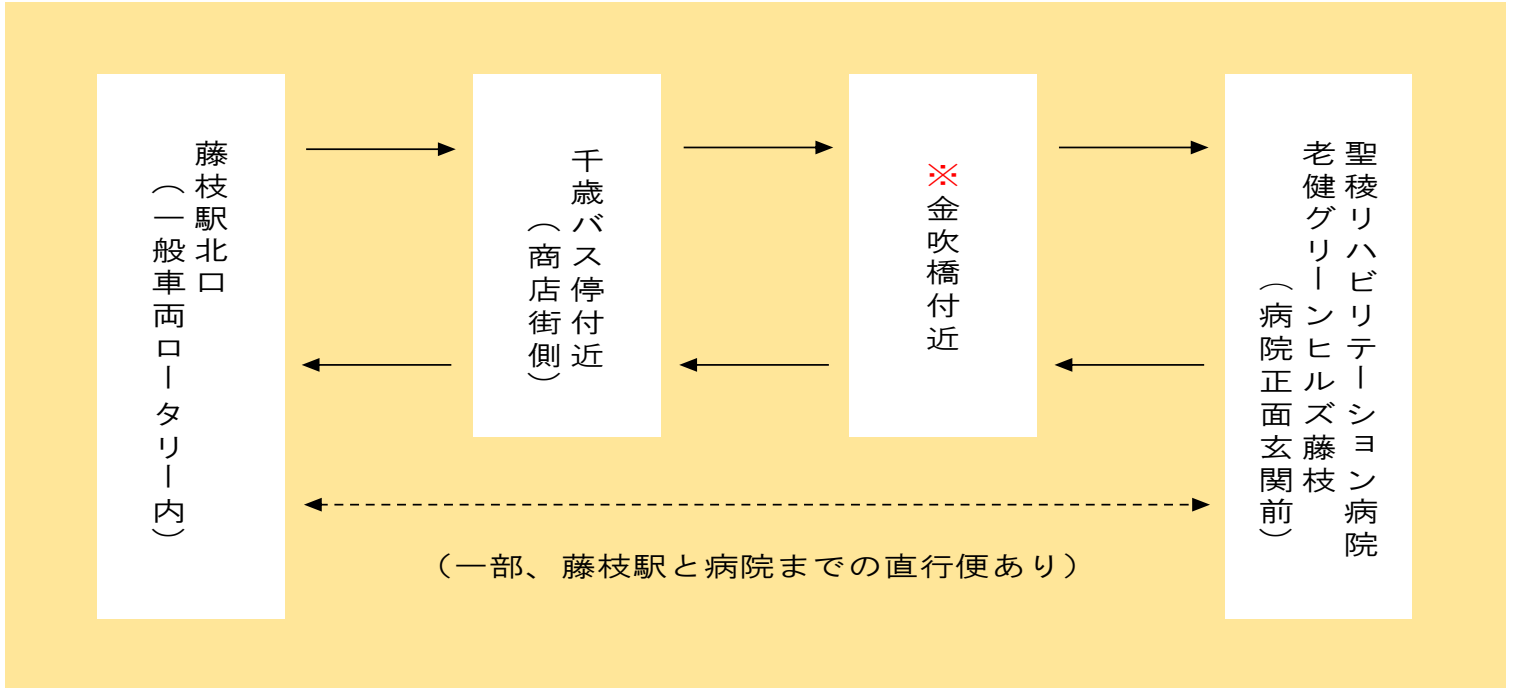


# 藤枝駅と聖稜リハビリ病院・グリーンヒルズ藤枝を結ぶ

## 無料シャトルバス運行

※【藤枝駅⇒聖稜リハ病院】

金吹橋通過後右折し、マツバ製茶様付近に止まります



【運行日】 月曜～金曜

※ 祝日・年末年始(12/29～1/3)は運休いたします。

【時刻表】



### 藤枝駅 ⇒ 聖稜リハ病院

	藤枝駅北口	千歳	金吹橋	聖稜リハ病院
1	10:00	10:10	10:15	10:25
2	11:00	11:10	11:15	11:25
3	13:00	13:10	13:15	13:25
4	14:00	14:10	14:15	14:25
5	15:30	→	→	15:50

### 聖稜リハ病院 ⇒ 藤枝駅

※6便ご利用の際は、16:30までに病院受付にご予約下さい。

	聖稜リハ病院	金吹橋	千歳	藤枝駅北口
1	9:40	→	→	9:55
2	10:30	10:40	10:45	10:55
3	12:30	12:40	12:45	12:55
4	13:30	13:40	13:45	13:55
5	15:00	15:10	15:15	15:25
6	17:15	17:25	17:30	17:40



### 交通のご案内

- ◆ JR東海道線藤枝駅より藤枝市自主運行バス藤枝駅ゆらく線で20分  
(聖稜リハビリテーション病院バス停車)
- ◆ 藤枝バイパス谷稲葉I.C.(瀬戸ノ谷)より約6分(北へ4km)
- ◆ 東名高速焼津I.C.より25分 新東名高速藤枝岡部I.C.より20分(藤枝バイパス谷稲葉I.C.経由)

## 関連施設



西益津 通所介護  
グリーンヒルズ藤枝



介護老人保健施設  
通所リハビリ  
グリーンヒルズ藤枝



通所介護 かるやかりハ  
グリーンヒルズ藤枝