

入院のご案内

入院生活を安心して過ごしていただくために
(小児版)



Maeika Anzaki

入院予定日 年 月 日 () 午前・午後 時 分



島田市立総合医療センター

〒 427-8502 島田市野田 1200 番地の5

URL <https://www.shimada-hp.shizuoka.jp>

TEL 0547-35-2111 (代)

島田市立総合医療センターの基本理念

地域医療に貢献する

基本方針

1. 質の高い医療を実践する。
2. 地域の医療、保健・福祉機関と連携する。
3. 患者の権利を尊重し、医の倫理を遵守する。
4. 優れた医療人を育成する。
5. 健全経営を行う。

患者さんの権利

1. 患者さんは、人種、国籍、宗教、社会的・経済的地位、病気の種類などに関係なく、自由に医療を受けることができます。
2. 患者さんは、治療、検査、処置の内容、結果および病状経過について説明を求めることができます。
3. 患者さんは、病気について十分な説明を受けた後で、その治療を受けるか、あるいは拒否するかを選ぶことができます。
4. 当院は、チーム医療をおこなっていますが、患者さんは、担当医師等についての希望を申し出ることができます。
5. 医師をはじめとする当院職員は、患者さんのプライバシーを十分尊重いたします。
6. 患者さんは、どのような状態にあっても、人格的に尊重され、尊厳をもってその生を全うする権利を持っています。

患者さんにご協力いただきたいこと

1. 治療や検査を受ける際には、自ら名乗り、ご自分の名前と内容を確認してください。
2. 納得のいく医療を受けるために、医療に関する説明を受けたときは、十分理解できるまで質問をして確認をしてください。
3. ご自身の健康に関する情報（過去の病気、アレルギーの有無、内服薬の有無、家族の病気、他院への受診状況など）を正確に提供してください。
4. お薬手帳（かかりつけ手帳）をお持ちになっている方は必ず持参してください。
5. 快適な療養環境となるよう病院の規則を遵守してください。
6. 他の患者さんや職員へ迷惑になる行為（飲酒、喫煙、暴言、暴力、威嚇、性的嫌がらせ（セクハラ）、器物破損など）をしないでください。
7. 受けた医療に対し、診療費をお支払いください。

「臨床研修指定病院」及び「看護学校研修病院」です

当院は、国家試験合格後の医師が2年間の臨床研修を受ける「臨床研修指定病院」であり、また島田市立看護専門学校及び県内看護大学の研修施設でもあります。

将来地域医療に貢献する医師・看護師の育成のため、医学生・看護学生の実習を院内で実施いたしますので、ご理解とご協力をお願いします。

災害拠点病院です

南海トラフ地震等の影響により、通常診療から災害時の医療に移行する場合があります。その場合は、外来は速やかに終了し、予定手術や検査は延期になる可能性があります。加えて、患者さんの症状により一時帰宅、または退院をお願いすることもあります。災害時の対応へのご理解とご協力をお願いします。

目次

入院当日の持ち物・提出物・・・・・・・・	5
基本的な1日のスケジュール	
／病室のご利用について・・・・・・・・	6
入院中のお願い／病院内のルール・・・	7
面会のルール／付き添いについて・・・	8
退院の手続き／入院費について・・・・	9
医療福祉相談について・・・・・・・・・・	10
入退院支援について・・・・・・・・・・・・・	11
施設のご案内・・・・・・・・・・・・・・・・・・	12
入院についてのQ & A ・・・・・・・・・・	16
個人情報の保護について	
／個人情報の利用目的について・・・	17

Wi-Fiサービスのご案内

入院患者さんに病室でのご利用を目的とした、無料Wi-Fiサービスを提供しています。
※当院ホームページ等にある利用規約に同意していただいた上、ご利用ください。

◆ 利用時間 8:00～21:00

当院ホームページ▶

◆ 利用方法 院内に掲示してあるSSID・パスワードをご利用ください。



入院当日の持ち物・提出物

入院当日は以下のものをお持ちください。

1 階 104 入院・書類受付に提出いただくもの

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ 診察券
☐ 健康保険証
☐ 入院申込書
☐ 保険外負担同意書
☐ 医療受給者証
(お持ちの方のみ ※右参照) | ※ | ・ こども医療受給者証
・ 限度額適用認定証
・ 特定医療費（指定難病）受給者証
・ 小児慢性特定疾患受給者証
・ 重度障害（者）児医療費助成金受給者証
・ 母子家庭等医療費受給者証 等 |
|--|---|--|

2 階 230 薬剤部持参薬窓口に提出いただくもの

- ☐
- お薬（現在使用中のお薬全て、点眼薬、湿布等も含む。）
-
- ☐
- お薬問診票
-
- ☐
- お薬手帳



病棟スタッフステーションに提出いただくもの

- ☐
- 緊急連絡先登録用紙
-
- ☐
- 小児入院問診票
-
- ☐
- 母子手帳

入院中に必要なもの

- ☐
- 洗面用具（歯磨きセット）
-
- ☐
- タオル・バスタオル・ティッシュペーパー
-
- ☐
- 着替え★
-
- ☐
- はし、スプーン、コップ等
-
- ☐
- 授乳に必要なもの（哺乳瓶、消毒用品、粉ミルクなど）
-
- ☐
- おむつ、おしり拭き（必要な方のみ）
-
- ☐
- 不織布マスク（3歳以上のお子さん）
-
- ☐
- 室内履き（履き慣れた、かかとのある履物）※転倒防止のため
-
- ☐
- イヤフォン(テレビを見られる方・個室でもイヤフォンのご使用をお願いします)
-
- ☐
- ハンガー（必要な方のみ）



★幼児で点滴をしている場合、骨折がある場合は、病院の病衣を貸し出しますが、下のズボンはご準備ください。

※療養に影響を与えるもの（危険をともなう玩具や医師の許可のない食べ物）の持ち込みはご遠慮ください。

※持ち物に記名をお願いします。

※治療内容により、持ち物が異なる場合があります。

ご不明な点は看護師にお尋ねください。

基本的な1日のスケジュール

7:00 ~ 8:30	朝食
12:00 ~ 13:00	昼食
14:00 ~ 20:00	面会時間
18:00 ~ 19:00	夕食
21:00 ~	消灯時間

※離乳食以外のお子さんには10:00と15:00におやつが出ます。

お食事について

- ・アレルギー等で食べられない食品がある場合はあらかじめ看護師にお申し出ください。
- ・急な外出や外泊等患者さんの都合により食事をキャンセルする場合は、下記時間までにお知らせください。ご連絡のない場合は、食事代をご負担いただくことがあります。

■朝食 前日午後5時15分まで

■昼食 当日午前10時15分まで

■夕食 当日午後4時まで

病室のご利用について

お子さんの年齢や症状、病棟の状況により、病室を決定します。

ご理解とご協力をお願いします。

【有料個室料金】

区分	個室 A	個室 B	2 人室
料金（1 日につき）	6,600 円	5,500 円	1,980 円
設備	トイレ・洗面	洗面	洗面

※料金は入室時間に関わらず、入室した日から発生します。

病室での注意事項

- ・現金や貴重品等は、床頭台の引き出しに入れ施錠し、ご家族で鍵の管理をしてください。
紛失時病院は、責任を負いかねますのでご了承ください。
- ・スマートフォン、テレビ、ラジオ等のご利用は、必ずイヤフォンをご使用ください。

入院中のお願い

島田市立総合医療センターは、地域の急性期医療と高度専門医療を担っており、入院を必要とする患者さんを一人でも多く受け入れ出来るよう努めています。そのため、次のことについてお願いします。

- ◎入院中にベッド移動（病室、病棟のお引越し）をお願いすることがあります。
- ◎選択された個室につきましては、状況により重症な患者さんを優先させていただくことがありますので、ご希望に添えない場合があります。
- ◎医師等による病状説明は、原則として平日の 8 時 30 分から 17 時 15 分までです。
ただし、緊急時などのやむを得ない場合や医師が時間内に説明できない場合は、病院からの申し出により時間外や休日になることがあります。

病院内のルール

敷地内は全面禁煙です

建物内をはじめ、駐車場、タクシー乗り場等を含めた病院敷地内全域で禁煙となっています。入院中の患者さんやそのご家族、お見舞いで来院される方々のご理解とご協力をお願いします。

※加熱式タバコ、電子タバコも同様に禁止です。



NO SMOKING

写真撮影・録音は禁止です

院内での撮影・録音は、原則として禁止させていただきます。



携帯電話・スマートフォンの通話でのご使用

時間：午前 8 時～午後 9 時

場所：4 階 エレベーターホール

5～7 階 病棟ラウンジ

個室の病室

※院内ではマナーモードに設定をお願いします。なお、病院職員は医療機器に影響のない院内専用 PHS を使用しています。

※ Wi-Fi 利用可能時間：午前 8 時～午後 9 時



リストバンドの着用

患者さんの間違いを防止するため、氏名を記入したリストバンドをつけていただきます。また氏名と生年月日を名乗っていただくようお願いします。



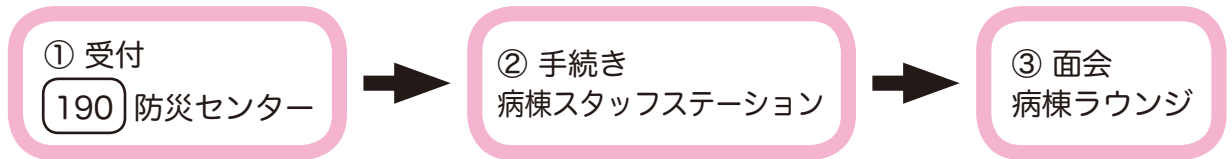
面会のルール

面会時間

月～金曜日：午後2時～午後8時

土日祝日：正午～午後8時

面会時の流れ



※病棟は午後8時から翌日午前7時30分までの間施設します。

入室の必要がある方は、各病棟扉前のインターフォンで職員をお呼びください。

面会時のお願い

- ・感染予防のため、手指消毒を行い、不織布マスクを着用してください。
- ・大人数での面会は患者さんの安静の妨げになりますのでご遠慮ください。
- ・お子さんへの感染防止、また、患者さんの安静のために、小さなお子さん連れの面会は原則禁止とさせていただきます。

※感染症等の流行程度により面会を制限させていただく場合があります。

病院職員から面会制限の指示があった場合は、その指示に従ってください。

付き添いについて

- ・原則、付き添いは必要ではありません。お子さんの年齢や症状、治療の時期に応じて付き添いを相談させていただきます。
- ・付き添いは、原則1名です。
- ・付き添いを希望される場合は、入院時に患者付添申請書を記載させていただきます。
付き添い者の食事は、売店などでご準備をお願いします。
- ・病室を離れる時は、看護師にお声かけください。

退院の手続き

- ・主治医から退院許可が出た後に、退院日時が決まります。
- ・退院日当日、請求書を病室にお届けしますので、1階 **102** 会計でお支払いをお願いします。（入院費について参照）
- ・退院の準備ができましたら、看護師にお知らせください。
- ・退院時の職員への金品等のお心遣いは、ご遠慮いただいております。
- ・テレビカードの精算機は **190** 防災センター前にあります。

入院費について

請求

毎月10日前後に、前月分（月末締め）の請求書をお渡しします。月の途中で退院される場合は、退院日にお渡しします。なお、事情により、後日ご自宅に郵送させていただく場合があります。

支払

請求書がお手元に届いてから原則4日以内にお支払いください。振込希望の場合は、振込用紙をお渡ししますのでお申し出ください。また、期限までのお支払いが難しい場合は1階 **100** 総合受付までご相談ください。

支払場所

1階 **102** 会計

月～金曜日（祝日等を除く）の午前8時30分～午後6時
上記の時間帯以外は救急外来受付窓口（外来受付C）でお取り扱いします。

クレジットカードでのお支払いについて

【取扱窓口】 1階 **100** 総合案内

【取扱時間】 月～金曜日（祝日等を除く）の午前8時30分～午後5時30分
上記の時間帯以外は、救急外来窓口（外来受付C）でお取り扱いします。

【取扱カード】



患者サポート相談

いろいろな問題に対して相談員が相談をお受けします。

必要に応じて関係部署と連携し対応します。

■相談時間 平日 午前8時30分～午後5時15分

■相談場所 患者サポート相談窓口

■相談内容

- ・病気に対する不安や疑問について
- ・当院へのご意見ご要望について
- ・福祉制度の利用について
- ・医療費の支払いについて など

セカンドオピニオン

セカンドオピニオンとは、患者さんが現在の自分の症状や治療内容、治療方針について、他の医療機関の医師の意見を聴く制度です。患者さんからのご希望があった場合、当院の医師が治療方針を記載した診療情報提供書を患者さんに提供しますので、病棟師長にご相談ください。

カルテ開示

カルテ開示とは、患者さん等が診療記録の開示を求めることができる制度です。詳細は、病棟師長にお問い合わせください。

入院支援

入院時に病棟で行っていた手続きや患者情報・不安なことなどの聞き取りを専任の看護師が入院前に行うことにより、スムーズに入院生活が開始できるように支援します。

■相談時間 平日 午前8時30分～午後5時15分

■支援内容

- ・個人情報や緊急連絡先の確認
- ・入院時に必要な物品や書類等の説明
- ・入院に関すること
(入院時の順路説明・入院中のスケジュールやお願い事の説明)
- ・他部門との調整 など

退院支援

退院後の生活に不安がある場合や社会的要因により退院が困難と予想される場合は、相談員が病棟看護師と連携して退院に向け入院早期から支援します。ご希望の方は、窓口又は病棟看護師にお申し出ください。

■相談時間 平日 午前8時30分～午後5時15分

■支援内容

- ・退院に関すること
- ・福祉サービスの説明
- ・リハビリテーション病院紹介
- ・退院後の療養指導 など

受付・外来・放射線
救急・人工透析

1F



100 総合受付

102 会計

104 入院・書類受付

105 入退院支援窓口

106 地域医療支援センター

190 防災センター

 総合案内

 男子手洗

 エレベーター

 ATM

 公衆電話

 各種窓口

 受付窓口

 女子手洗

 エスカレーター

 カフェ

 コインランドリー

 車いす用手洗

 非常口

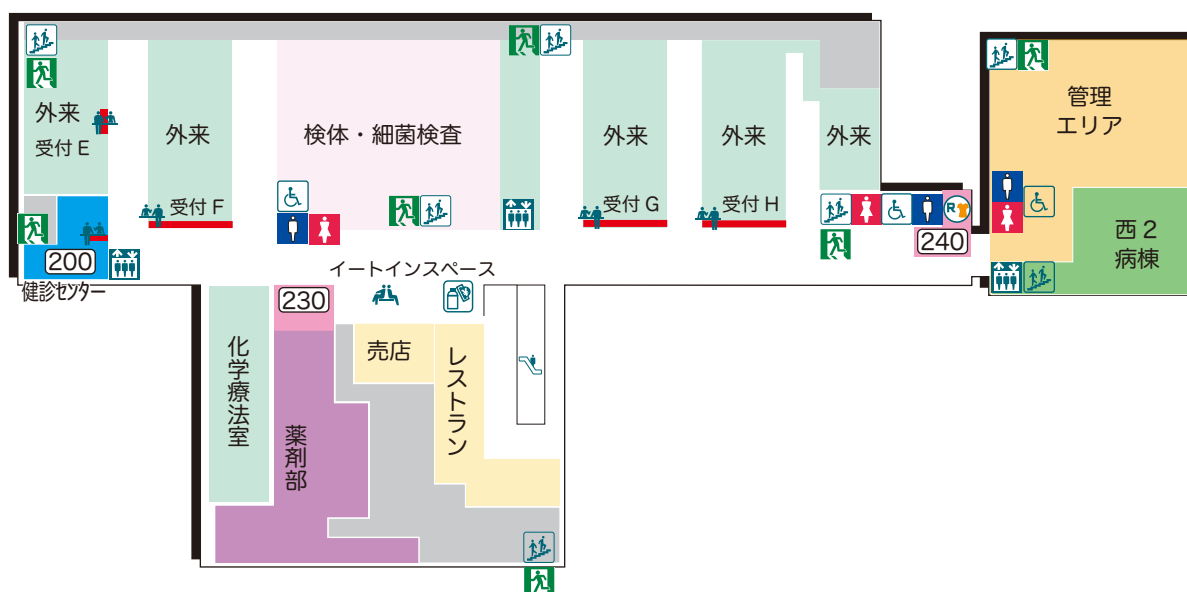
 階段

 ラウンジ

 自動販売機

外来・薬剤部・検査・病棟

2F



〔230〕 薬剤部持参薬窓口

〔240〕 入院セットレンタル

〔200〕 健診センター

レストラン（ビアンモール） 平日 午前10時～午後3時

1階カフェ（ドトールコーヒー） 平日 午前9時～午後5時

売店（セブンイレブン）	平日	午前	7時～午後8時
	休日	午前	9時～午後5時

入院セットレンタル受付 	平日	午前	9時～午後5時
	土曜・祝日	午前	9時～午後3時

※上記の営業日・時間は、状況により変更する場合がありますのでご了承ください。

※3階はスタッフ専用フロアです

※万が一の災害発生に備え、入院時に非常口の確認をお願いします

手術室・一般病棟

4F



〔400〕 手術室

北4病棟

一般病棟

5F



東5病棟

西5病棟

〔503〕 栄養指導室

北5病棟



※万が一の災害発生に備え、入院時に非常口の確認をお願いします

入院についての Q&A

Q

入院中自家用車を病院駐車場に駐車しておけますか？

A

入院患者さんの車は病院駐車場には駐車できません。ご家族による送迎または公共交通機関をご利用ください。

Q

付き添いは必要ですか？

A

原則、付き添いは必要ではありません。お子さんの年齢や病状、治療の時期に応じて付き添いを相談させていただきます。
詳しくは、8ページの『付き添いについて』をご確認ください。

Q

入院中かかりつけ医へ受診できますか？

A

入院中にかかりつけ医や他院を受診することはできません。かかりつけ医の処方薬がなくなった場合は病棟の職員にご相談ください。

Q

入院中の外出・外泊はできますか？

A

原則としてできません。医師の事前許可が必要です。ご希望の方は医師・看護師にご相談の上、「外出・外泊許可申請書」をご提出ください。

Q

診断書がほしいときは、どうすればいいですか？

A

診断書は、1階 104 入院・書類受付又は病棟事務員にお申し出ください。

入院申込書（小児用）

入院者	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏名						
	住所	〒 -					
	入院科名	科			入院年月日	年	月
親権者又は後見人	氏名 (入院者との関係)	()		生年月日	年	月	日
	住所	〒 - (電話番号 - -) (携帯番号 - -)					
	職業		勤務先名称	(電話番号 - -)			

入院したいので、申し込みます。

なお、入院に当たっては、身元引受人及び連帯保証人とともに、次に掲げる事項を誓約します。

(1) センターの諸規程を遵守し、及び医師等の指示に従い、センターに迷惑をかけないよう療養に努めます。

(2) 入院診療費の支払の方法等については、センターの諸規程及び指示に従います。

(3) 入院者が診療費を支払うのが困難な場合、連帯保証人は入院者と連帯して、極度額20万円の範囲内で、その支払の責任を負います。

連帯保証人は、入院者及び親権者又は後見人とは**別世帯の成人の方**としてください。

連帯保証人	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏名 (入院者との関係)	()					
	住所	〒 - (電話番号 - -) (携帯番号 - -)					
	職業		勤務先名称	(電話番号 - -)			

(注)

1 入院申込書は、**入院後3日以内に1階 104 入院・書類受付**へ提出してください。

2 この入院申込書に記入していただく氏名等の個人情報、身元引受人及び連帯保証人の誓約事項に係る目的に利用し、それ以外の目的への利用はいたしません。

島田市立総合医療センター院長

年 月 日

緊急連絡先登録用紙

当院では、通院・入院される皆さんの医療を保証するために、緊急連絡先を登録させていただいていきます。予測できない事態（災害時など）があり、ご自宅に連絡がつかなかった場合の連絡先を下記にご記入ください。

入院者氏名 男・女 生年月日 年 月 日

入院者自宅電話番号（ — — ） 携帯番号（ — — ）

※記入例

連絡先	ご本人との関係	氏名	電話番号	連絡先
第1連絡先	父	島田 太郎	電話 0547 - 11 - 1111 携帯 090 - 2222 - 2222	〇〇工業

連絡先	ご本人との関係	氏名	電話番号	連絡先
第1連絡先			電話 携帯	
第2連絡先			電話 携帯	

身元引受人	住 所	(連絡先: TEL — —)
	氏 名	(患者さんとの続柄:)

- ◇緊急連絡先につきましては、必ず連絡がとれる方の番号を記入してください。一ヶ所に連絡が通じましたら、それ以上の連絡はしませんので、ご了承ください。
- ◇個人情報の保護につきましては、万全の体制をとっております。
- ◇電話番号が変更になった場合は、速やかにご連絡ください。
- ◇身元引受人は、なるべく同居の方を記入してください。

ご記入のうえスタッフステーションへ提出してください。

キ リ ト リ

保険外負担同意書

年 月 日

島田市立総合医療センター院長

入院者氏名

親権者氏名

私は、このたびの入院に当たり、下記の物について使用した数量・利用回数に応じた実費を支払うことを承諾します。

記

使用するもの

- ア. ベビー服（おむつ代も含む。） 1日につき 700円（周産期センターのみ・税込）
- イ. おむつ（未熟児・新生児）1枚につき 30円（SS, SSS・税込）・80円（4S・税込）
- ウ. 付き添いベッド
 - ベッドのみ 1日につき 200円（税込）
 - ふとんのみ 1日につき 200円（税込）
 - ベッド・ふとん 1日につき 400円（税込）
 - マイティシート 1枚につき 210円（税込）
- エ. その他 ホスピッシュコロバン（使い捨て） 396円（税込）

- ◇この同意書は、入院申込書と一緒に 1階 104 入院・書類受付 にお出しください。
- ◇この同意書は、実費徴収のための同意書であり、保険外負担を強制するものではありません。
- ◇使用の有無に関係なく、前もって入院される患者さん全員にお出しいただくものになります。

小児入院問診票

記入日： 年 月 日

お名前

該当する項目の□に、レ点をお願いします。

1. アレルギーを起こしたことがありますか？

- ☐ある
☐ない

2. アレルギー疾患はありますか？

- ☐喘息
☐アトピー性疾患
☐鼻炎
☐蕁麻疹・・・原因は（ ）
☐その他・・・原因は（ ）

3. 今回の入院に関して紹介状はありますか？

- ☐ある・・・病院またはクリニック名（ ）
☐ない

4. 現在治療中の病気はありますか？

- ☐ある・・・病名（ ）
☐ない

5. 予防接種を受けていますか？受けた予防接種にチェックし、（ ）に接種回数を記入してください。

- ☐ Hib ワクチン（ 回） ☐ 肺炎球菌（ 回） ☐ B 型肝炎（ 回）
☐ ロタリックス（ 回） ☐ 四種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ）（ 回）
☐ 三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）（ 回）
☐ 二種混合（ジフテリア・破傷風）（ 回） ☐ ポリオ（ 回） ☐ BCG（ 年 月）
☐ 日本脳炎（ 回） ☐ MR（麻疹風疹混合）（ 回） ☐ 麻疹（ 回） ☐ 風疹（ 回）
☐ 水痘（ 回） ☐ 子宮頸癌ワクチン（ 回）
☐ インフルエンザ ☐ おたふく（ 回） ☐ シナジス（ 回）
☐ その他（ ）

6. 今までに以下の病気にかかったことがありますか？

かかった病気にチェックをしてください。

- ☐ 麻疹 ☐ 水痘（水ぼうそう） ☐ 耳下腺炎（おたふくかぜ）
☐ 風疹 ☐ 肺炎 ☐ 熱性けいれん
☐ 突発性発疹 ☐ その他（ ）

7. 輸血を受けたことはありますか？

- ☐ある
☐ない

8. 在胎週数および出生時の体重を記入してください。

在胎週数 週 日 出生体重 g

裏面もあります

9. 出生時の異常はありますか？

☐ある ・ ・ ・病名（）

☐ない

10. 通っている学校・施設等を教えてください。

[illegible]

11. 普通食以外を食べている方のみお答えください。

☐離乳食
時期：☐初期 ☐中期 ☐後期 ☐完了食
1日の食事の回数（ ）回：☐朝 ☐昼 ☐夕

☐ミルク
1回量：（ ）mlを、（ ）回

☐母乳

☐その他（ ）

12. ご家族についてお答えください。同居されている方にチェックをしてください。

☐父親：氏名（ ） 生年月日（ ）年（ ）月（ ）日
☐母親：氏名（ ） 生年月日（ ）年（ ）月（ ）日
☐父方祖父 ☐父方祖母 ☐母方祖父 ☐母方祖母
☐きょうだい（ ）人・・・本人を含む ☐その他（ ）
 きょうだいの年齢と性別を、年齢順に記入してください。
 ① ☐男 ☐女 ☐本人 年齢（ ）
 ② ☐男 ☐女 ☐本人 年齢（ ）
 ③ ☐男 ☐女 ☐本人 年齢（ ）
 ④ ☐男 ☐女 ☐本人 年齢（ ）

13. ご家族で持病（喘息、腎・心疾患、内分泌、神経、生活習慣病）などがある方をお書きください。

お名前 () 続柄 () 病名 ()
お名前 () 続柄 () 病名 ()

14. 信仰上のことで入院中制約などがありましたらお書きください。

☐ある 信仰上の入院中の制約（ ）
☐ない

15. ご質問などありましたら、ご記入ください。

お薬問診票

～予約入院される患者さんへ～

●服用中のお薬、お薬手帳と問診票を

2 階 (230) 薬剤部持参薬窓口（土日・祝日の場合は病棟）にご提出ください。

薬剤師が、お薬の種類・用法・飲み合わせなどを確認し、主治医に連絡します。

★ご提出いただきたいもの

1. お薬（現在使用中のお薬全て、点眼薬、湿布等も含む。）
2. お薬手帳
3. お薬問診票（この用紙を記入の上、ご提出ください。）

★お願い

1. お薬をもらった医療機関やお薬の名称、飲み方がわかるようにしてください。
2. 今後飲む予定のないお薬は提出不要です。
3. 入院期間にあわせた日数分をご持参ください。
4. 入院中に当院以外の医療機関からお薬をもらわないようにしてください。

以下ご記入ください

入院者氏名

生年月日

年

月

日

該当する項目の□に、**し**点をお願いします。

1. ご持参のお薬は、どちらから処方されましたか？

☐ 当院

☐ 当院以外（病院名・医療機関名

）

※両方の場合は、2つともチェックしてください。

2. ご持参のお薬は、どちらで受け取りましたか。

☐ 薬局（薬局名

）

☐ 病院で直接受け取っている

3. 必要に応じて、お薬について、上記の薬局や病院に問い合わせをしてよろしいですか？

☐ よい

☐ 問い合わせをしないで欲しい

4. ご持参のお薬で飲むのを中止しているものはありますか？

☐ ない

☐ 中止している薬剤がある（薬剤名をご記入ください。）

（医師の指示で中止しているお薬

）

（自己判断で中止しているお薬

）

5. お薬の事で、悩み事や疑問に思っていることがありましたらご自由にご記入ください。

個人情報の保護について

当院では、患者さんに安心して医療をうけていただくために、患者さんの個人情報の取扱いにも、十分注意して臨んでいます。患者さんの個人情報保護の一環で、入院しているか否か、入院している病棟や部屋番号などについても、電話などによる照会には原則としてお答えしていません。

個人情報の利用目的について

厚生労働省のガイドラインに沿って、個人情報を下記の目的で利用しますのでご理解ください。

1. 院内での利用

- 1) 当該医療機関等が患者さん等に提供する医療サービス
- 2) 医療保険事務
- 3) 管理運営業務のうち、入退院等の病棟管理、会計・経理、医療事故等の報告、医療サービスの向上

2. 院外への情報提供としての利用

- 1) 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- 2) 他の医療機関等からの照会への回答
- 3) 患者さんの診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 4) 検体検査業務の委託その他の業務委託
- 5) 家族等への病状説明（特定の家族への説明を拒否する場合を除く）
- 6) 保険事務の委託
- 7) 審査支払機関へのレセプトの提出
- 8) 審査支払機関又は保険者への照会
- 9) 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 10) 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- 11) 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出等

3. 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) 医療機関等の内部において行われる学生の実習への協力
- 3) 医療機関等の内部において行われる症例研究
- 4) 医療機関等の管理運営業務のうち、外部監査機関への情報提供

交通アクセスのご案内



公共交通機関をご利用の方

JR 島田駅北口からバスで約9分、
またはタクシーで約6分

お車でお越しの方

国道一号線（藤枝・島田金谷バイパス）
野田 IC から南へ約1分

島田市立総合医療センター
〒427-8502 島田市野田 1200 番地の5
URL <https://www.shimada-hp.shizuoka.jp>
TEL 0547-35-2111 (代)

▼ホームページ

