

## ご入院の患者様へ

当院では、ご入院の患者様に対して、次の1.～4.の事項についてご確認させていただいております。ご入院の手続きの際に、「地下1階事務所入院会計」又は、「1階会計窓口」にご提出ください。

### 個人情報保護に関する確認事項(承諾書)

#### 1. お問い合わせについて

- ・ 患者様のご家族・ご友人・会社関係・お知り合いの方等から、入院中であるかどうかのお問い合わせや、病棟又は病室のお問い合わせがある場合、病院職員が「〇〇〇号室に入院されておられます」等と回答いたします。

(注)1. で同意(承諾)されない場合は、ご家族他どなた様からのお問い合わせに対しても、「お問い合わせに対してはお答えできません」と返答することになります。

#### 2. 病室の入口に患者様の名札を掲示いたします。

#### 3. 緊急時の場合には、全館放送で患者様のお呼び出しをすることがあります。

#### 4. 健康保険情報について

オンライン資格確認システムを利用し、「高額療養費制度」における自己負担限度額情報を保険者より取得し、ご入院費の計算に反映いたします。

上記1.～4.の事項について、確認しました。

なお、個人情報保護法確認事項について、同意しがたい事項があれば、ご記入ください。

尼崎中央病院 院長 殿

令和 年 月 日

患者様署名

ご家族等代理人署名

(患者様氏名: )

※患者様ご本人がご確認、ご署名いただければ、ご家族等代理人のご署名は必要ございません。

但し、次の場合は、ご家族等代理人のご署名をお願いいたします。

○患者様が18歳未満の場合 ※但し18歳であっても高校在学中は、未成年と同様の扱いとします。

○患者様ご本人がご確認、ご署名できない場合

※ご入院中に上記確認事項について、変更等がございましたら、ご遠慮なく「ナースステーション」又は、「地下1階事務所入院会計」にお申し出ください。