

分娩予約のための問診表

当院は個人クリニックの為、高次医療機関ほどの医療資源はなく、
医療安全上の理由で分娩予約をお受けできない場合があります。

双子や三つ子などの多胎妊娠である	はい	いいえ
妊娠中に太りすぎると転院になることを理解している	はい	いいえ
妊娠初期 BMI() ※当院職員が記入します		
うつ病、パニック障害、適応障害、摂食障害、境界性パーソナリティ障害と言われたことがある、または現在も言われている	はい	いいえ
その他の精神疾患がある(疾患名)	はい	いいえ
大きな子宮筋腫がある・大きな卵巣嚢腫がある	はい	いいえ
子宮奇形と言われたことがある	はい	いいえ
子宮の手術をしたことがある(手術名:)	はい	いいえ
B 型肝炎と言われたことがある	はい	いいえ
C 型肝炎と言われたことがある	はい	いいえ
糖尿病と言われたことがある	はい	いいえ
心臓の病気がある	はい	いいえ
高血圧と言われたことがある	はい	いいえ
甲状腺の病気を言われたことがある	はい	いいえ
アレルギーがある(食事のアレルギーを含む) (アレルギーが起こるもの:)	はい	いいえ
アレルギーによって血圧低下、全身のむくみ・呼吸停止になったことがある	はい	いいえ
脊椎の病気を言われたことがある	はい	いいえ
輸血が何かしらの理由でできない	はい	いいえ

出産経験のある方へ

・前回の出産で、高血圧と言われたことがある	はい	いいえ
・前回の出産で、分娩時に出血が多かった	はい	いいえ
・前回の出産で、切迫早産で入院したことがある	はい	いいえ

分娩予定日 年 月 日

御本人 お名前

問診票確認日 年 月 日

外来時 確認者

分娩予約 可・不可

分娩予約確認医師

分娩申込書

入院患者氏名 _____ 診察券番号 _____

住 所 _____

生年月日 昭和・平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

この度、貴院に分娩申し込みすることになりました

つきましては入院に関する指示事項は順守しますとともに、入院料、治療費その他の費用については、貴院にご迷惑をかけません

なお、寝具類その他の貴院備品等を滅失又は損傷した場合には実費弁済いたします

入院病室の希望に添えない可能性があることも承知致します

医学的に必要な転院を除き、自己都合によるキャンセル・転院の場合には予約金がキャンセル料として徴収されることを了承します

令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者

本人氏名 _____ (印)

配偶者氏名 _____ (印)

住 所 _____

電 話 _____

身元引受書(配偶者以外)

入院患者氏名 _____

上記の者が貴院に入院するにあたり、私において、本人の身元に関する一切の事項を引き受けます。

なお、退院を命ぜられた場合は指定の日には本人を引き取り、また、転居の場合は直ちにお届けいたし特に申込者が診療費を納入しない場合は、私がこれを引き受け、貴院にご迷惑をおかけいたしません。

令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

引受人 氏 名 _____ (印)

住 所 _____

電 話 _____

患者との関係 _____

医療法人社団紡世会かわぐちレディースクリニック院長 殿

個室使用説明書

当院では、患者様のご希望により個室使用料を有料にてご提供しております。

特別室 20,000 円/日 一般個室 10,000 円/日 多床室(差額無し)

室料の計算方法は、健康保険法に準じて、0時から24時を1日として日数計算いたします。
(ホテル等の宿泊料金の計算方法とは異なります)

例:ホテルの1泊2日の入院の場合、差額ベッド代は2日分の料金となり、4泊5日の入院の場合は差額ベッド代が5日分の料金となります。

多床室から個室へ移動を行った日には、入退室時間に関わらず1日分の個室利用料が必要になります

ご希望の個室に空きがない場合は空室待ちの予約をいただき、ひとまず空いているお部屋へご案内になります。その後、ご希望のお部屋が空き次第の移動となります。

出産する方が重なり、全ての病室が満床の場合、入院中の病室について御希望に添えない可能性もあります。

一般個室では、未就学児のお子様連れのご入院はできません

個室使用同意書

かわぐちレディースクリニック院長殿

上記の個室使用料金・満床時に希望に添えないことについて

同意しました

現時点では出産した際には下記(□)にチェックした部屋の使用を希望します

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 一般室(多床室) | 差額無し |
| <input type="checkbox"/> 一般個室 | 10,000 円/日 |
| <input type="checkbox"/> 特別室 | 20,000 円/日 |

令和・西暦 _____年____月____日

本人署名 _____

配偶者署名 _____

臨床研究へのご協力に関するお願い

当院で出産される妊婦のみなさまへ

かわぐちレディースクリニックでは、日々新しい医療情報を学び、患者さまに最新かつ最善の治療と質の良い環境を提供するよう日々努めています。それでも、分娩にまつわる病態はすべてが解明されているわけではなく、またより良い医療体制を構築することは、まさに日進月歩であり、新しいことに気が付いたら、それを考え、共有し、討論する臨床研究が必要となります。また、医療は技術を継承し高いレベルの質を保つ必要があるため、次の世代を育てるために、ときに先輩指導者が新しい医療者の教育を行う場の提供をお願いすることがあると思います

私達は、みなさまの診療記録を基に医学的事象の検討や検査並びに治療の過程で得られた超音波画像、血液・生化学検査、手術標本など医学的な記録を臨床研究の目的にも使用させていただく場合があります
また、臨床の場を次世代の指導に使用させていただく事もあります
妊婦のみなさまのご理解とご協力をお願いいたします

なお、臨床研究や実習に医学的な記録を使用する場合は、下記内容を厳守し実施いたします

記

- 使用目的:** 臨床的に必要な診療データを集積して、検討、解析することにより、今後の病気の診断や治療の向上に役立てることを目的とし、それ以外の用途に使用しません
- プライバシーの保護:** 研究結果は、学会や医学雑誌などに発表する可能性はありますが、患者さまの氏名をはじめすべてデータは匿名化する処理を行い、個人の特定に繋がる情報は一切公表されません
- 診療記録を使用する場合:** 診療記録を使用する場合は、患者さまの診断や治療に直接影響することはありません
- 臨床実習を行う場合:** 臨床実習を行う場合は、かならず責任者が同伴し、医療の質を担保します
- 費用:** 患者さまのご負担はありません。またデータを使用したこと、実習を行わせていただいたことへの謝礼はありません
- 同意しない場合の不利益:** 同意についてはみなさまの自由意思に基づくものです。同意なさらない場合でも不利益を受けることはありません。また、同意された後であっても、いつでも同意を撤回することができます

かわぐちレディースクリニック
院長 檜垣 博

====キトリ線====

かわぐちレディースクリニック 院長殿

- 臨床研究データの収集の意義を理解しました。臨床研究データの収集の際にはこれを許可します
 臨床実習の必要性を理解しました。臨床実習が必要な場合はこれを許可します
(同意いただける場合は上記(□)にチェックをお願いします。同意いただけない場合はチェックをしなくても構いません。意思確認のため書類の提出のみお願いします)

令和・西暦 年 月 日

本人 署名 _____

配偶者署名 _____