

# 説 明 同 意 書

医療法人 静光園 白川病院 殿

令和 年 月 日より患者 \_\_\_\_\_ が医療法人 静光園 白川病院へ入院いたしますが治療・看護・介護上、その他入院に関する下記の項目に関し説明を受け、内容に同意致します。

## 記

### 【 同意内容 】

- ご療養上のことについて
  - (1) 保険外負担について
  - (2) 食事について
  - (3) お部屋の移動などについて
  - (4) 入浴について
  - (5) 洗濯物について
  - (6) 散髪について
  - (7) テレビの利用について
  - (8) 消灯時間について
  - (9) 貴重品（危険物）の取り扱いについて
  - (10) 外出、外泊について
  - (11) 公衆電話、携帯電話の利用について
  - (12) 喫煙について
- 個人情報保護について（ネームバンドの装着等）
- 食事介助、お見舞い品について
- 入院期間について
- 新型コロナウイルスへの対応（感染対策等）について
- ドナーカードの有無について

以上

### 【 具体的事項 】

-----  
-----

説明者 \_\_\_\_\_

私は上記に関する説明を受け、同意した事を明確にする為に署名致します。

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

身元引受人氏名 \_\_\_\_\_

( 続柄 ) \_\_\_\_\_