

病歴 No.		入院年月日	令和 年 10 月 7 日	入院病棟	6 E	病棟
区分	内科、小児科、放射線科、外科、整形外科、リハビリテーション科、脳神経外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、麻酔科、救急科、歯科口腔外科					

入院申込書

ふりがな	かほり リカ
患者氏名	
生年月日	1987 年 3 月 3 日 (満 35 歳)
現住所	(現住所)
電話番号	自宅 緊急時連絡先
上記の者について、貴院への入院を申し込みます。	
最近3ヵ月以内で、丹波医療センター以外に入院されていた方	
・入院先の医療機関 ()	
・入院期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)	
・傷病名 ()	
入院履歴について、上記のとおり間違いありません。	
入院の上は、貴院の定める入院診療計画に従い、医療費の支払い、規則並びに指示事項を固く守り、万一違反した時は何時退院を命じられても異議は申しません。	
令和 元 年 10 月 7 日	
兵庫県立丹波医療センター院長 様	
(申込人)	
氏 名	
住 所	
患者との関係	夫

連帯保証書

患者氏名	
上記の者が貴院に入院した時は、本人の入院中の身元に関する一切の事項及び入院中の費用が規定の納期日までに納入できなかった場合は、私達両名連帯してその責務を負担することを保証します。	
兵庫県立丹波医療センター院長 様	
令和 元 年 10 月 7 日	
連帯保証人	
氏 名	
生年月日	1982 年 3 月 9 日生
郵便番号	
住 所	
電話番号	
勤務先	
患者との関係	夫
連帯保証人	
氏 名	
生年月日	1952 年 8 月 20 日生
郵便番号	
住 所	
電話番号	
勤務先	
患者との関係	義母

【転倒・転落防止についての説明、同意書】

2311868
スキャナ分割: 2

転倒転落予防対応策についての説明及び同意書

()様は、転倒転落危険度チェックの結果、下記の危険度と判断されます。
入院中は、危険度に応じた下記の予防対応策を行ないますので、ご理解とご協力をお願いします。

転倒・転落危険度と予防対応策

	危険度Ⅰ	危険度Ⅱ	危険度Ⅲ
説明	普段問題なくても、入院後の環境の変化により転倒・転落を起こす可能性がある状態	入院後、転倒・転落を起こすことがある状態	入院後、転倒・転落を起こしやすい状態
環境の整備	1. 看護師が1日3回ベッド周囲を整備と確認をします ①ベッドの高さとストッパーの固定 ②ベッド柵の必要数と位置 ③ベッド周囲の障害物 点滴スタンド・椅子・医療器具・コード類・車椅子・歩行器・杖 ④ナースコールとポータブルトイレの位置 ⑤廊下、ベッド周囲の水こぼれ	<u>危険度Ⅰに加えて</u> ☐ 夜間、安全が確認できるように照明を工夫します ☐ 点滴スタンドが危険な場合、ベッド固定型に変更します ☐ 行動センサー・離床センサーマットの使用を検討します ☐ ベッド足下に滑り止めマットなどの使用を検討します ☐ 電動ベッドでの操作で危険がある場合、コントローラーを離すまたは電源を抜いておくことを検討します	<u>危険度Ⅱに加えて</u> ☐ 観察しやすい部屋またはナースステーションに近い部屋への移動を検討します ☐ ベッド周囲と床にマットや枕などで打撲のショックを和らげる工夫をします ☐ 必要時は床敷きマットにします ☐ 自分でベッド柵をはずされ危険な場合、ベッド柵を固定します ☐ 車椅子使用時、安全ベルト、行動センサーの使用を検討します
指導・援助	1. 排泄リズムに応じ、トイレへの声かけと誘導をします 2. 適切な衣類、履き物の選択を指導します 3. ベッド、ナースコールなどの使用方法の説明と指導をします 4. 日中なるべくベッドから離れるよう促し、昼夜のリズムをつけます 5. 転倒転落の危険性を家族の方に共有、理解していただけるよう説明します	<u>危険度Ⅰに加えて</u> ☐ ナースコールには素早く対応します ☐ 歩き方や杖、歩行器などの使用方法移動時の移動方法の指導を行います	<u>危険度Ⅱに加えて</u> ☐ 車椅子使用時は転落しないように見守ります

入院による突然の環境の変化、体力低下や病状変化、さらに運動能力の低下や一時的な認知力の低下が加わると、転倒や転落を起こしやすくなります。また転倒や転落により骨折や頭部打撲を起こし、血栓防止薬剤を飲まれている場合は脳内出血など深刻な事態を引き起こすことになります。転倒・転落の予防に十分注意をしておりますが、下記の内容についてご協力いただきますようお願いいたします。

- ・大変危険な場合には行動センサー・離床センサーを使用させていただくことがあります。各種センサーを使用した場合、ご家族様へ状況をお知らせし承諾を頂く必要があります。
- ・状況によってはご家族の見守りをお願いする場合があります。

看護師 () より説明を受け転倒転落予防策を実施する事に同意します

氏名 ()
ご家族 ()

7 日