

# 入院のご案内

桜橋渡辺リハビリテーション病院は  
以下の〔法人理念〕を職員に周知して医療を行っております。

- ・患者様中心の医療を実践します。
- ・医療の質の向上に努めます。
- ・医療人としての倫理を守ります。

## 【患者様の権利と義務】

1. 適切で良質な医療を公平公正に継続して受けることができます。
  2. 思いやりのある、人格を尊重した治療および看護を受けることができます。
  3. 治療で医師や医療従事者が知り得た患者様のプライバシーは保護されます。
  4. 病状や治療についての情報に関して十分な説明を受ける事ができます。
  5. 十分な説明を受け、治療を受けることや、治療を拒否することができます。
- 又、同意を撤回することができます。

- 
1. 患者様自身の健康に関する情報を正確にお伝えください。
  2. 病院の規則を守り、他の患者様に迷惑をかけないようにしてください。



医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺リハビリテーション病院

〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田2丁目4-32

TEL : 06-6341-8651

FAX : 06-6341-0785

<https://watanabe-reha-hsp.com>



## ■ 入院される患者様へお願い ■

- 【1】 「入院のご案内」は皆様が安心して療養できるように、入院中の生活に必要なことが書かれています。事前に目を通していただき入院中もお手元にご準備ください。
- 【2】 検査や処置の際、安全のためにお名前を確認いたします。ご協力お願いいたします。
- 【3】 当院は看護学生・介護福祉士等の実習養育を行っております。  
明日を担う医療・介護従事者等の育成のためにご理解とご協力をお願いいたします。

## ■ 入院当日の手続きについて ■

入院当日は

午前 10 : 00 ~ 10 : 30

または

午後 13 : 30 ~ 14 : 00

当院 1 階総合受付へお越しください。

# 1.入院の準備について

## <入院時必要物品>

※お持ちになる物品にはお名前をご記入ください。

※ナイフ・ハサミ・かみそり等の危険物や火器（タバコ・ライターなど）の持ち込みは、お断りいたします。

- ▶ 診察券（発行済の患者様のみ）※未発行の患者様は入院時に発行いたします。
  - ▶ 保険証（医療保険・介護保険）・後期高齢者医療証・一部負担金助成証明書・標準負担額認定証など
  - ▶ 衣類 寝巻き・パジャマ・肌着・下着・上着(必要時)・ビニール袋(洗濯物入れ)
    - \* 有料のレンタル病衣・レンタルリハビリ着もございます。（6 ページ参照）
    - \* 髪の毛が長い患者様は髪ゴムをお持ちください
    - \* おむつの使用が必要な患者様は原則当院で準備したものをご利用ください（有料）  
（おむつの持ち込みはご遠慮いただいております。）
  - ▶ 履きなれた靴（日頃履きなれた「かかと」のあるゴム底のもの）
  - ▶ 洗面用具（洗面器・歯磨きセット・電動ひげそりなど）
  - ▶ 入浴に必要な物（シャンプー類・石鹸・タオル・バスタオル）
  - ▶ 食事に必要な物（お箸・スプーン・割れない素材の取っ手付コップ）
    - \* 義歯を使用されている患者様は義歯入れもお持ちください
    - \* 吸い飲みをお持ちの方は必要物品と一緒に持ちください
  - ▶ その他 ティッシュペーパー・イヤホン（個室以外のお部屋を希望される患者様で  
テレビ・ラジオをお使いになれる場合はイヤホンをお持ちください）
    - \* 入院中にご使用いただく寝具(枕・ふとんなど)は、感染対策の一環として当院で用意したものをご利用ください。ご家庭の寝具を持ち込むことはできませんので、ご了承ください。
- ※リハビリクッション等、治療上必要な物品についてはセラピストからご案内いたします。
- ご家族様で購入いただき、お持ちいただくようお願いいたします。
- （汚れた場合にはご家庭での洗濯をお願いしております）

## <高額療養費制度についてのご案内>

当院はマイナンバーカードの保険証利用（マイナ受付）・オンライン資格確認に対応しております。

これまで、高額療養費制度を利用する場合は、限度額適用認定証、標準負担額減額認定証を保険者に申請する必要がありましたが、今後は原則として、当院がオンラインで資格確認を行いますので、患者様は事前申請なしで高額療養費制度を利用できます。

なお、オンライン資格確認にあたり、個人情報「審査支払機関又は保険者への照会」目的で利用致しますので、ご了承願います。

また、**限度額適用を希望されない場合は、必ずお申し出ください。**

### 注意事項

- ・**高額療養費制度はご入院される月の1日から末日毎に適用されます。**
- ・自己負担限度額は、所得区分により下記計算式を基に算出します。
- ・「☆多数該当」は、同一世帯で年間に4回以上高額療養費を支払った場合に適用されます。
- ・外来費用と入院費用を合算して申請はできません。また、保険外の費用（食事代・室料等）は支給対象にはなりません。

所得区分		自己負担限度額(10円未満は四捨五入)	☆多数該当
ア	標準報酬月額83万円以上	(総医療費－842,000円)×1% + 252,600円	140,100円
イ	標準報酬月額53万～79万	(総医療費－558,000円)×1% + 167,400円	93,000円
ウ	標準報酬月額28万～50万	(総医療費－267,000円)×1% + 80,100円	44,400円
エ	標準報酬月額26万以下	57,600円	44,400円
オ	低所得者(住民税非課税)	35,400円	24,600円

令和6年8月1日

医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺リハビリテーション病院

## 2.入院手続きについて

入院手続き用書類・保険証（医療保険、介護保険）・後期高齢者医療証・  
一部負担金助成証明書

※限度額適用・標準負担額減額認定証等は、ご入院時に総合受付にご提出ください。

## 3.面会について

**面会時間：全 日 13 時 ～ 19 時**

※感染状況により面会時間や対応が異なることがあるため、面会の対応については入院時に病棟看護師よりお伝えさせていただきます。

① 面会時には、必ず1階総合受付にて「ご面会届け」に記載をお願いいたします。

（平日 17 時以降・土日祝日は夜間通用口からお入りいただき、

3階ナースステーションへお立ち寄りください）

② 12歳以下(小学生以下)のお子様の面会をご遠慮ください（12歳以下の小児はワクチン接種過程にあり、免疫が不完全な場合があることや、逆に病院内にウイルスを持ち込む可能性があるため）。

また、多人数での面会、酒気帯び・動物連れでの面会は、固くお断りいたします。

③ 病状により、面会を制限させていただく場合があります。

④ やむを得ない事情により時間外に面会を希望される患者様はナースステーションへお申し出ください。

⑤ 当院には駐車場がございませんので、車で来院される場合は、近隣の有料駐車場をご利用ください。

⑥ ご面会の辞退・制限等を希望される患者様はナースステーションまでお申し出ください。

＜面会中のお願い＞

ご面会中は患者様・面会者様ともにマスクの装着をお願いします。

また、面会中の飲食およびマスクを外しての会話はお控えください。

患者様の状況に応じては、面会場所を変更させていただく場合がございます。その際は医療スタッフよりお声をかけさせていただくため、ご理解とご協力をお願いいたします。

## 4.入院料金等について

- ① 入院料金には、毎日の治療費、食事療養費、室料差額などが含まれています。  
室料差額は部屋により異なります。詳細は本紙（6ページ）の料金表をご参照ください。
- ② 長期入院の入院料金の請求は、毎月15日と月末で締日を2回設けており、締日から6～7日後に請求書をお渡しします。請求書を受け取られましたら、1階会計窓口でお支払いください。  
尚、締日より前に退院される場合は退院当日に請求書をお渡しします。
- ③ 入院料金のお支払い等についてのご相談は、1階総合受付で承ります。

## 5.入院するにあたってのお願い

- ① マニキュア・ネイルアート・ジェルネイル・エクステ等は、**入院日までに必ず除去してから**お越しください。
- ② 検査・治療により、除毛・剃毛を必要とする場合がございます。必要時は医師または看護師より説明があります。
- ③ 必要物品は最小限とし、多額の現金や貴重品などは、盗難防止のためお持ちにならないようお願いいたします。当院ではお預りできません。また、事故発生時に一切責任を負いかねます。
- ④ 食料品の持ち込み・お預りは原則ご対応致しかねます。
- ⑤ 緊急入院などで、やむを得ず当院でご用意した物品を使用された場合は、速やかにお返しください。消耗品は後日請求させていただきます。
- ⑥ 法律により、同一の疾病（病名）又は負傷により当院を含め、他の医療機関での入院期間が180日を超えると、入院医療費（自己負担分）以外に入院基本料の一部をご負担していただくことが定められています。患者様のご入院歴を把握する為、他の医療機関から発行された『退院証明書』をお持ちの患者様は、総合受付へご提出ください。  
※詳しくは総合受付までお問い合わせください。

## 6.病棟と病室について

病状や病床の状況により、希望されるお部屋に入室できない場合や、病室あるいは病棟を移動していただく場合があります。

## 7.入院室料差額料

個室に入院された場合、入退院当日は利用される時間にかかわらず1日分の料金をいただきます。

※入院基本料・室料は、健康保険法の定めにより、ホテル等の宿泊とは異なり、午前0時を起点に日数計算いたします。ご理解の上、お申込み下さい。

(例：1泊2日の入院時→2日分の個室料金を請求致します)

区分	料金(税込)	病室番号	設備
個室A	31,900円	315・519	シャワー・トイレ・冷蔵庫・テレビ ソファー又は椅子・テーブル・洗面台・更衣ロッカー ※519はキッチンあり
個室B	23,650円	302・501・502	シャワー・トイレ・冷蔵庫・テレビ 椅子・テーブル・洗面台・更衣ロッカー
個室C	16,500円	318・510・515	冷蔵庫・テレビ・椅子・テーブル 洗面台・更衣ロッカー
個室D	14,300円	303・307・314 317・503・516	冷蔵庫・テレビ・椅子・テーブル 洗面台・更衣ロッカー
個室E	12,100円	310・311・312 507・517	冷蔵庫・テレビ・椅子・テーブル 洗面台・更衣ロッカー
個室F	9,900円	319・514	冷蔵庫・テレビ・椅子・テーブル 洗面台・更衣ロッカー
個室G	7,700円	316・518	冷蔵庫・テレビ・椅子・テーブル 洗面台・更衣ロッカー
二人室H	3,300円	313	冷蔵庫・カードテレビ・椅子・テーブル 洗面台・更衣ロッカー

## 8.その他の費用

以下のレンタルサービスもご利用になれます。(価格は全て税込み)

・テレビカード(1階自動販売機)	16時間11分	1,000円
・コインランドリー(3階)	1回	400円
・レンタル病衣	1日に付き	110円
・レンタルリハビリ着	1回に付き	220円



## 9.入院中の生活のご案内

入院中は日課をお守りいただき、医師・看護師の検査処置等にご協力ください。

### 1) 病棟と病室について

- ① 他の病室、診察室、ナースステーションなどへの出入りはご遠慮ください。
- ② 各階の非常口、設備について『病棟配置図』をご確認ください。  
必ずご自身でのご確認もお願いいたします。
- ③ 火災報知器設備などには万全の備えをしております。万一、非常災害が発生した場合は、放送などにより通報いたします。職員の指示に従ってください。
- ④ 許可なく病室の壁面や備品などへの物の貼付はご遠慮ください。

### 2) 入院生活について

#### ① 点灯時間は 7 時、消灯時間は 21 時です。

※消灯後は枕元灯のご使用をお願いいたします。

#### ② 食事について

主治医の指示により治療食または常食をご提供いたします。病院食以外の飲食は主治医の許可をお受けください。患者様により食事内容の制限がある場合があります。

アレルギーのある食品については入院時にお申し出ください。また食べられない食品については可能な範囲で変更いたします。

【配膳時間】

**朝食 7:40 昼食 12:00 夕食 18:00**

- ・ 食事はデイルームまたは病室でお召し上がりください。
- ・ 配膳後は衛生管理上、速やかにお召し上がりください。

#### ③ お茶について

配膳室に午前 1 回と午後 1 回に用意いたします。

※歩行が困難な患者様にはお配りいたします。

#### ④ 巡視について

夜間は定期的に病室を巡視いたします。

そのため消灯後も病室には鍵をかけないようお願いいたします。





## ⑤ 入浴について

入浴日、時間については看護師より説明いたします。

3階・5階に一般浴、6階に特浴（介護浴）が設置されています。

身体状況に応じた入浴を提供いたします。

## ⑥ 外出と外泊について

外出・外泊を希望される場合は、看護師までご相談ください。主治医の許可ができれば、

「外出・外泊届け出用紙」をご記入の上、外出・外泊ができます。主治医の指示で

試験的に外泊していただく場合もあります。無断外出や外泊、飲酒など治療上問題

になる行為、迷惑行為があった場合は、病状に関係なく退院していただきます。

## ⑦ 入院中の他医療機関受診の制限について

原則として、入院期間中は他の医療機関を受診することは出来ません。代理の方が

お薬のみを取りにいかれる場合も含みます。当院で採用されていないお薬の投薬や、

専門的治療、検査が必要な場合は、主治医の許可を得た上で受診が出来ます。

## ⑧ お薬について

お薬は患者様の状況に合わせて、患者様または看護師が管理をさせていただきます。

## ⑨ 回診について

院長回診を週1回行います。入院中のお困りごと等を遠慮なくご相談ください。

## ⑩ 検査、リハビリについて

検査・リハビリなどの予定表をお配りし、説明させていただきます。

## ⑪ シーツの交換について

週1回交換いたします。汚染がある場合には随時交換いたしますのでお声かけください。

## ⑫ 禁煙について

敷地内全面禁煙となっております。

## ⑬ 飲酒について

ノンアルコール飲料を含め飲酒はできません。

#### ⑭ 貴重品の管理について

貴重品は患者様及びご家族で管理をお願いいたします。

病室のロッカー及び床頭台の引き出しに鍵を設置してあります。現金及び、貴重品はできるだけお持ち込みいただかないようお願いいたします。

万一紛失された場合、当院では一切責任を負いかねます。

#### ⑮ テレビのご使用について

複数の患者様が入院される部屋では、昼夜を問わずイヤホンをお使いください。

イヤホンは市販のものでも可能です。テレビには設置していませんので、ご自身で準備をお願いいたします。（売店でも販売しております）

※同室者がいらっしゃる場合、消灯後のテレビのご使用はご遠慮ください。

#### ⑯ その他

・職員へのお心遣いは固くお断りしております。

・宗教の勧誘はご遠慮いただきます。

### 3) インターネット環境について

総室・個室にかかわらず、有線・無線 LAN は設備されておられません。コンセントはございますので充電はしていただけます。

※パソコン・タブレット等お持ち込みいただいた機器の破損等の責任は負いかねます

### 4) 電話について

外部からの電話の取次ぎは行っておりません。1 階正面玄関に公衆電話を設置してありますのでご利用ください。

携帯電話での通話は、個室および各病棟の面会室で、メールなど通話以外の操作は病室でお使いになれます。

ご使用の際は、マナーモードで他の患者様へのご配慮をお願いいたします。

## 5) その他

【各種書類作成について】

生命保険に関する入院証明書・診断書を必要とされる場合は、1階総合受付にお申し出ください。

## 6) 感染対策について

入院中、ご自身の病室を離れる際は、必ず不織布マスクを着用ください。

そのほか、医療スタッフや面会者が病室に来られた際も、不織布マスクを着用ください。

病室に設置している手指消毒剤はご自由にお使いください。

ご自身で手指消毒・手洗いの励行で感染予防のご協力をお願いいたします。

# 10. 相談窓口とご意見箱

- ① 相談窓口は 地域医療連携室内にございます。
- ② ご意見箱を1階総合受付と各病棟に設置しております。お気づきの点がございましたらご記入ください。

# 11. 退院手続きについて

- ① 薬剤師がお薬の説明のため、退院日までにお部屋にお伺いいたします。
- ② 請求書ができあがり次第お部屋にお持ちしますのでお待ちください。
- ③ 請求書をお持ちの上、1階会計窓口で精算をお願いします。  
(クレジットカードのご利用も可能です)
- ④ 精算終了後、次回外来予約票・その他書類などをお渡しします。
- ⑤ 退院は原則として月～土（第3土曜日を除く）の午前中をお願いいたします。

入院診療費のお支払いは1階会計窓口でお願いします

受付時間： 平日 午前9時～午後5時まで

土曜日 午前9時～午後1時まで

※祝日・年末年始はお休みのため、前日又は後日精算をお願いしております

## 12.施設のご案内

館内は次の構造になっております

8階	管 理 室	
7階	健 診 セ ン タ ー	
6階	リハビリテーション室・特浴室（介護浴）	
5階	病棟・リハビリテーション室・デイルーム・面談室	
3階	病棟・リハビリテーション室・デイルーム・面談室	
2階	手術室・中央材料室 薬局・リハビリ室・病歴室・退院支援室	
1階	総合受付 外来診察室 検査室 売店	地域医療連携室 （相談窓口）

## 臨床研究に関する説明文および承諾書

### 臨床研究に関する御協力をお願い

本院では、一般診療とともに医師・看護師・技師を育成する臨床教育、病態の解明と治療成績の向上のための臨床研究、またそれらを基にした啓蒙活動を行っております。これらは治療成績の向上、医学の発展につながる非常に大切なことであり、そのため入院される患者様には全員に臨床研究へのご協力をお願いしております。

患者様の御協力がいただける場合には、患者様の診療情報、検査所見ならびに血液等の検体(以下検体)を、医学的な調査や研究、医学知識の啓蒙活動のために使用させていただくことがあります。つきましては以下の点を十分にご理解いただいた上で、ご協力をお願いいたします。

### 【プライバシー保護と倫理面での配慮】

- あなたの臨床情報や検体は、本院院以外にも提携する大学病院(大阪大学、大阪市立大学など)との共同研究などにおいても用いられる場合がありますが、あなたのお名前など個人を特定できる情報が一切明らかにされない形で使用することをお約束いたします。
- あなたの臨床情報や検体を用いる調査、研究、教育ならびに啓蒙活動は、倫理面で十分な配慮をもって行うことをお約束いたします。倫理面での配慮とは、プライバシーの保護とともに、あなたやあなたの家族にとって不利益をもたらすようなことは決して行わないこと、教育や研究が科学的に理にかなったものであることです。

### 【同意されない自由と治療上の保障】

- あなたが臨床情報や検体を、教育・研究ならびに啓蒙のために使用されることに同意されなくても、それによって治療上の不利益を受けることは一切ありません。

### 【同意を撤回する権利】

- あなたが今回ここで同意をされた後、いつでも同意を撤回することができます。

医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺リハビリテーション病院 院長

以上の説明内容を十分理解・納得の上、同意されるか同意されないかをご選択いただき、署名をお願いいたします。

さらに詳しいご説明をお聞きになりたい方は、担当医師または病院職員までお申し出ください。

【同意します】      【同意しません】

年    月    日

患者様署名 \_\_\_\_\_

代諾者署名 \_\_\_\_\_(続柄      )

※代理人が代諾される場合は患者様署名欄、代諾者署名欄の両方にご記入をお願いいたします

## 臨床研究に関する説明文および承諾書

### 臨床研究に関する御協力をお願い

本院では、一般診療とともに医師・看護師・技師を育成する臨床教育、病態の解明と治療成績の向上のための臨床研究、またそれらを基にした啓蒙活動を行っております。これらは治療成績の向上、医学の発展につながる非常に大切なことであり、そのため入院される患者様には全員に臨床研究へのご協力をお願いしております。

患者様の御協力がいただける場合には、患者様の診療情報、検査所見ならびに血液等の検体(以下検体)を、医学的な調査や研究、医学知識の啓蒙活動のために使用させていただくことがあります。つきましては以下の点を十分にご理解いただいた上で、ご協力をお願いいたします。

### 【プライバシー保護と倫理面での配慮】

- あなたの臨床情報や検体は、本院院以外にも提携する大学病院(大阪大学、大阪市立大学など)との共同研究などにおいても用いられる場合がありますが、あなたのお名前など個人を特定できる情報が一切明らかにされない形で使用することをお約束いたします。
- あなたの臨床情報や検体を用いる調査、研究、教育ならびに啓蒙活動は、倫理面で十分な配慮をもって行うことをお約束いたします。倫理面での配慮とは、プライバシーの保護とともに、あなたやあなたの家族にとって不利益をもたらすようなことは決して行わないこと、教育や研究が科学的に理にかなったものであることです。

### 【同意されない自由と治療上の保障】

- あなたが臨床情報や検体を、教育・研究ならびに啓蒙のために使用されることに同意されなくても、それによって治療上の不利益を受けることは一切ありません。

### 【同意を撤回する権利】

- あなたが今回ここで同意をされた後、いつでも同意を撤回することができます。

医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺リハビリテーション病院 院長

以上の説明内容を十分理解・納得の上、同意されるか同意されないかをご選択いただき、署名をお願いいたします。

さらに詳しいご説明をお聞きになりたい方は、担当医師または病院職員までお申し出ください。

【同意します】      【同意しません】

年    月    日

患者様署名 \_\_\_\_\_

代諾者署名 \_\_\_\_\_(続柄      )

※代理人が代諾される場合は患者様署名欄、代諾者署名欄の両方にご記入をお願いいたします。

# 入院時誓約書・同意書

医療法人 渡辺医学会  
桜橋渡辺リハビリテーション病院長 殿

年 月 日

患者様氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## <誓約書>

貴院に入院中は病院の規則を守り、ご迷惑をおかけしないことを約束いたします。

特に下記事項について違反のないようにいたします。

1. 貴院の入院諸規則・指示又は、入院案内、院内掲示物に書かれている内容について厳守致します。
2. 医師、看護師の指示に従って療養いたします。
3. 入院治療費、その他の諸料金に関しては遅滞することなく支払い、退院時には全額清算致します。
4. 貴院の職員に暴力等の危害を加えた際は、直ちに退院いたします。
5. 貴院の敷地内で喫煙を行わないことを厳守いたします。

(債務者:お支払をされる方)

患者様とのご関係

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

住 所 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

勤務先電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

債務者が弁済を怠ったときには、連帯保証人がその弁済の責任を負い、債務者に代わり、極度額50万円までをお支払することを誓約いたします。

(連帯保証人)

債務者とのご関係

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

住 所 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

勤務先電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

※太枠内は必ず御記入ください

## <同意書>

1. 病状等により、男女同室になる場合、または希望されるお部屋に入室できない場合があります。
  2. 保険療養費以外(文書料、病衣レンタル代、おむつ等)に関しては、自費での請求となります。
- 上記事項について、ご了承いただける場合は下記にご署名をお願いいたします。

患者様署名 \_\_\_\_\_

代諾者署名 \_\_\_\_\_ (続柄)

※代理人が代諾される場合は患者様署名欄、代諾者署名欄の両方にご記入をお願いいたします。







## 職員の針刺し・切創・粘膜曝露時のウイルス抗体検査についての同意書

医療行為の途中で、患者様の血液が付着した針を職員が誤って自分の皮膚に刺したなどの場合に、職員の感染防止のために患者様のウイルス検査(B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、後天性免疫不全症候群ウイルス HIV)の実施が必要となる場合があります。特に、患者様がB型肝炎ウイルス陽性または HIV 陽性の場合、職員にすみやかな予防処置を講じなければならないため、緊急の検査が必要となります。あらかじめ、ご了承いただきご協力お願い申し上げます。

検査結果の報告については個人情報保護法を遵守し、ご本人だけにご報告いたします。また、そのさいの検査費用は本院が負担いたします。

なお、HIV スクリーニング検査は、結果が陽性になっても偽陽性(本当は感染していないが陽性になること)の場合があるため、検査結果が陽性の場合には確認検査が必要となりますので、あらかじめご了承お願い申し上げます。

医療法人渡辺医学会 桜橋渡辺リハビリテーション病院 院長

上記事項について、ご了承いただけます場合は下記にご署名をお願いいたします。

西暦 20 年 月 日

患者様署名 \_\_\_\_\_

同席者/代諾者署名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

※検査・治療について説明をお受けいただいた同席者もご署名をお願いいたします。

※患者様本人に代わり代諾された場合、患者様氏名の記載および、代諾者のご署名をお願いいたします。

**【当院は次の制度、認定を受けております】**

医 療 機 関 名	医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺リハビリテーション病院
所 在 地	〒530-0001 大阪市北区梅田2丁目4番32号 TEL 06(6341)8651 FAX 06(6341)0785
開 設 者	医療法人 渡辺医学会 理事長 渡辺 平太郎
病 院 長	藤井 謙司
創 立 年 月 日	昭和42年2月1日
診 療 科 目	整形外科・小児整形外科・内科・脳神経外科・リハビリテーション科
診 療 時 間	月曜日～金曜日 午前9時～12時(11:30) 午後1時～5時(4:00)
受付時間( )内	土曜日(第3週休) 午前9時～12時(11:30)

2024.8 作成

