

入院中における院内感染に関する説明書・同意書

当院への入院において、入院される患者さまとご家族さまには入院中の感染リスクなどに関する下記の項目にご理解をいただき、同意をいただいたうえでご入院いただきますようお願い致します。

1. 新型コロナウイルス感染症や季節性インフルエンザなど、院内における感染症の発生を完全に防止することは困難ですが、当院では職員一同で最大限の感染対策に取り組んでおります。患者さまにおかれましても入院中にマスクの着用や適切な手洗いなど、病院が指示する感染防止対策へのご協力をお願い致します。
2. 院内（病棟内）で新型コロナウイルス感染者が発生した場合、転院や転棟が困難となります。各種の検査治療やリハビリテーションの中断、退院延期など必要な措置をとらせていただく場合があります。
3. 感染拡大防止のため、病室隔離やウイルス検査にご協力いただく場合があります。また、これらは病院の判断により、ご家族さまへ事前のお知らせをすることなく実施することがあります。
4. 患者さま本人の感染が確認された場合、必要な検査・治療を行いますが、適切な治療を行っても期待されるような治療効果が得られないことがあります。
5. 院内感染と感染対策に伴って発生する費用（医療費、滞在費、入院期間延長に伴う経費）は一般的な保険診療ルールに従って患者様に負担していただくことになります。

小豆沢病院 院長殿

上記、院内感染に関する説明を受けました。これについて理解し、同意したうえで入院します。なお、感染に伴い緊急の処置を行う必要性が生じた場合には適切な処置を受けることについても同意します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様署名 _____

代理人署名 _____ (続柄)

(ご本人が意思表示・署名ができない場合等)