

## 19. 医療相談（患者相談窓口）

- 入院費用等、ご相談されたい方は、ご遠慮なく病棟看護師長にお話下さい。必要があれば当院のソーシャルワーカーまたは医事専門職との面談について調整します。
- ご相談により、患者さんやご家族等が不利益を受けることはありません。

## 20. がん相談支援センター

- 当院には、がん診療にかかる相談支援センターがあります。がん相談支援センターでは、看護師やケースワーカーが「がんのことやがんの治療について知りたい」「今後の療養や生活のことが心配」など、がんの医療に関するご質問やご相談に応じております。（なお、担当医に代わって治療に関する判断をするところではありません。）  
ご相談のある方は、お気軽に看護師へお申し込み下さい。

## 21. 臓器提供意思表示カード（ドナーカード）の提示について

- 当院は（社）日本臓器移植ネットワーク腎臓移植登録施設です。臓器提供意思表示カード（ドナーカード）をお持ちの患者さん又は家族の方は、担当医又は看護師に提示して下さい。



<p>健康保険 被保険者証</p> <p>本人（被保険者） 00123 平成23年10月14日交付 記号 11010203 番号 123456</p> <p>氏名 加藤 健保 太郎 性別 男 生年月日 昭和49年 5月 24日 資格取得年月日 平成23年10月 10日</p> <p>住所 日本国関東区東京町3-2-1 交付 平成24年10月01日 12345 平成29年11月01日まで有効</p> <p>備考</p> <p>以下の欄は臓器提供に関する意思表示を示す欄として使用できます。(記載は自由です) 1. 2. 3. いずれかの番号を○で囲んでください。 1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。 2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。 3. 私は、臓器を提供しません。 《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》 【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】</p> <p>〔特記欄〕</p> <p>署名年月日 年 月 日 本人署名(自筆) 家族署名(自筆)</p>	<p>氏名 ○○○○ 昭和50年10月1日生</p> <p>住所 日本国関東区東京町3-2-1 交付 平成24年10月01日 12345 平成29年11月01日まで有効</p> <p>備考</p> <p>注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときには、必ずこの証をその窓口で渡してください。</p> <p>住所</p> <p>備考</p> <p>※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示をすることができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。</p> <p>1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。 2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。 3. 私は、臓器を提供しません。 《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》 【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】</p> <p>〔特記欄〕</p> <p>署名年月日 年 月 日 本人署名(自筆) 家族署名(自筆)</p>
---	---

免許証の裏

保険証の裏