

# 手術室入室時の注意事項

旭川医科大学病院手術部

手術室入室には、当該診療科長、手術部長の許可が必要となりますので、手術室入室許可申請書を提出願います。また、患者の安全及びプライバシーを尊重するため、以下のことを厳守してください。

## 入室者の方へ（全対象）

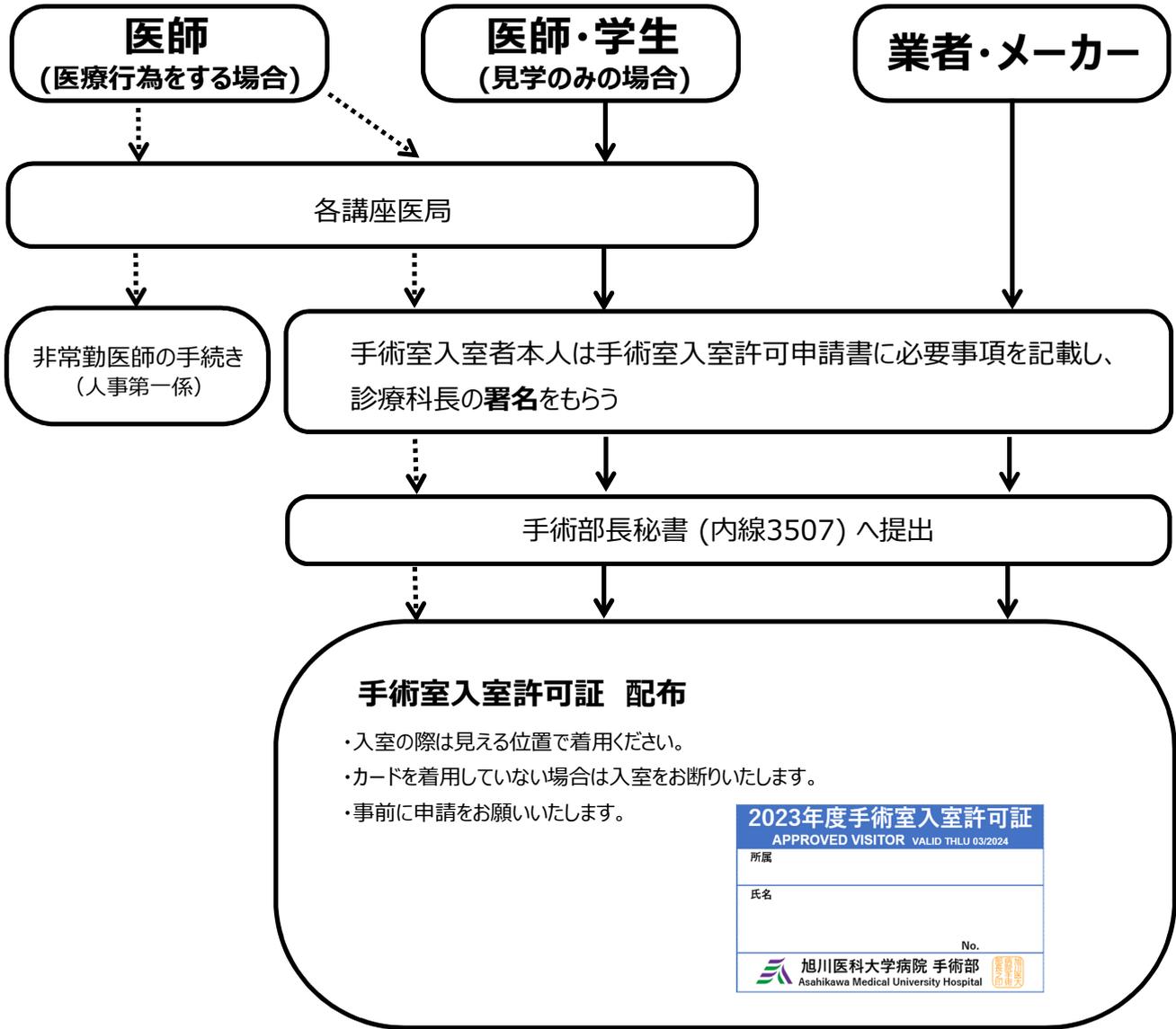
1. 患者がいる手術室入室には、必ず関係職員に確認し、入室すること。自己の判断では入室しない。
2. 手術室に入室する目的以外の行為はしない。また、目的の手術室以外は立入禁止とする。
3. 医療及び看護行為、もしくはそれと疑われるような行為はしない。
4. 病院の施設設備または書類関係に関し、関係職員の許可無く閲覧しない。
5. 許可なくカメラ・携帯電話等での画像・動画などの撮影はしない。
6. 目的が終了した際には、関係職員、及び管理室に立ち寄り目的終了を伝え、退室する事。

## ※医師、学生の方へ

- ・医師は緑色、学生は薄い緑色術衣に着替え、写真付きネームカードを常時着用する。

## ※医療機器メーカー・販売業者の方へ

- ・青色術衣に着替え、写真付きネームカード・手術室入室許可証を常時着用する。
- ・入室の際は、毎回入室前に所定のファイルに氏名・手術室名・診療科名・時間等を記入する。退室する際には退室時間も記入する。
- ・プライバシー保護のため、出来る限り患者に会わないよう、また接しないように気をつける。
- ・手術室に入る場合は患者の麻酔が導入され、覆布がかけられた後入室する。  
(入室目的の診療科の許可がある場合はこの限りではない。)
- ・待機時間がある場合は、手術部内スタッフ休憩室で待機し、それ以外の場所（C Eの機器管理室、廊下等）では待機しない。
- ・携帯電話の使用は部長室のある廊下でのみの使用とする。特に、清潔領域内では使用禁止。



※年間を通して複数回入室する場合は、許可申請書には期間を記載する事  
 また、入室時には「業者入室管理簿」に記載する事  
 ※その他、ご不明の点は上記問合せ先までご連絡ください

■手術室入室許可申請書ダウンロード方法■

【院外の方】

旭川医科大学病院HP > 中央診療施設等 > 手術部 > 各申請書類 > 入室許可申請書

【院内の方】

情報システム端末ログイン > ◆各部門からの情報◆ > 手術部 > 手術入室許可

## 記入例) 手術室入室許可申請書

入室者氏名 旭川 太郎

病院施設・会社名  
及び入室者の所属先 〇〇病院 手術部

入室目的 例) 手術補助、手術見学、手術立ち合い…

入室期間・日時

1.1日のみ 西暦 **2023**年 **6**月 **1**日 (**8:30** ~ **17:00**)

2.期間 西暦 **2023**年 **6**月 **1**日 ~ **2023**年 **6**月 **30**日  
(**8:30** ~ **17:00**)

3.その他1,2以外の場合は、下記に具体的な入室日時を記載願います  
( )

患者への説明と同意 ( あり ・ **なし** )

上記の者の手術室入室許可をお願いいたします。

西暦 **2023**年 **5**月 **1**日

担当診療科長 (自筆)

**※担当診療科長の自筆サイン**

### 依頼業務者(外来者)の個人情報保護に関する確認

- 第1条：乙（入室者）は、甲（手術部長）より委託及び取引・依頼を受けた業務（以下、本件業務）の実施に際して知り得た個人情報については、厳重に管理し、正当な理由なく第三者に開示、提供、漏洩してはならない。
- 第2条：乙は、前条の義務を履行する為、自己の組織内に個人情報の安全管理に関する責任者を定め、十分な安全管理対策を講じなくてはならない。
- 第3条：乙は、本件業務の遂行にあたり個人情報保護に関する甲の指示に従うものとする。
- 第4条：甲は、本件業務における乙の個人情報の安全管理に関する状況について、いつでも報告を求め、検査することができる。
- 第5条：乙は、本確認書に基づく安全管理措置の内容を、自己のすべての従業員が在職中はもちろん、退職後も通じて遵守することを保証するものとする。
- 第6条：乙は、本業務に関して、自ら保管する個人情報が漏洩したことにより甲に損害が生じた場合には、これを賠償するものとする。
- 第7条：本確認書は、甲との本件業務委託契約及び取引・依頼の終了後も有効に存在する。

西暦 年 月 日 甲 旭川市緑が丘東2条1丁目1-1  
旭川医科大学病院手術部長  
林 達哉

上記、承諾いたします。

乙（入室者）

**旭川 太郎**

# 手術室入室許可申請書

入室者氏名 \_\_\_\_\_

病院施設・会社名  
及び入室者の所属先 \_\_\_\_\_

入室目的 \_\_\_\_\_

入室期間・日時

1.1日のみ 西暦 年 月 日 ( : ~ : )

2.期間 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日  
( : ~ : )

3.その他1,2以外の場合は、下記に具体的な入室日時を記載願います

{ \_\_\_\_\_ }

患者への説明と同意 ( あり ・ なし )

上記の者の手術室入室許可をお願いいたします。

西暦 年 月 日

担当診療科長 (自筆) \_\_\_\_\_

## 依頼業務者(外来者)の個人情報保護に関する確認

第1条：乙（入室者）は、甲（手術部長）より委託及び取引・依頼を受けた業務（以下、本件業務）の実施に際して知り得た個人情報については、厳重に管理し、正当な理由なく第三者に開示、提供、漏洩してはならない。

第2条：乙は、前条の義務を履行する為、自己の組織内に個人情報の安全管理に関する責任者を定め、十分な安全管理対策を講じなくてはならない。

第3条：乙は、本件業務の遂行にあたり個人情報保護に関する甲の指示に従うものとする。

第4条：甲は、本件業務における乙の個人情報の安全管理に関する状況について、いつでも報告を求め、検査することができる。

第5条：乙は、本確認書に基づく安全管理措置の内容を、自己のすべての従業者が在職中はもちろん、退職後も通じて遵守することを保証するものとする。

第6条：乙は、本業務に関して、自ら保管する個人情報が漏洩したことにより甲に損害が生じた場合には、これを賠償するものとする。

第7条：本確認書は、甲との本件業務委託契約及び取引・依頼の終了後も有効に存在する。

西暦 年 月 日 甲 旭川市緑が丘東2条1丁目1-1  
旭川医科大学病院手術部長

林 達哉

上記、承諾いたします。

乙（入室者）