

入院案内

医療法人社団恵周会白河病院

入院手続きに配付するもの

- ① 入院のしおり
- ② 来院される方へのお知らせ
- ③ 患者様・ご家族様へのお願ひ
- ④ 面会について
- ⑤ 限度額摘要認定証 手続きのご案内
- ⑥ 入院費のお会計について
- ⑦ 入院申込書（兼入院時確認書）
- ⑧ 入院される方の基本情報（4枚）
- ⑨ 実費徴収品目に関する支払同意書
- ⑩ C S（ケアサポート）セットのご案内／利用申し込み書
- ⑪ 当院は患者さんの個人情報に全力で取り組んでいます
- ⑫ 患者様、ご家族様へのお願ひ（褥瘡予防へのスキンケアについて）
- ⑬ せん妄について／行動制限同意書
- ⑭ アンケートご協力のお願い

►赤字で記載されております書類は、
ご記入後、病棟看護師へご提出いただくものになります。

入院のしおり



医療法人社団
恵周会 白河病院

〒961-0092 福島県白河市六反山10番地1
☎0248-23-2700㈹ FAX0248-23-4609

入院のしおり

►ご一読賜りますようお願い申し上げます。

►入院患者様ご自身だけでお車にてご来院されることはご遠慮ください。

►紛失、盗難防止上、多額の現金や貴重品はお持ちにならないようお願いいたします。万が一盗難が発生しても補償いたしかねます。

►テレビカード精算機は、1F売店内にございます。

※10円未満は返金不可。売店営業時間内のご利用をお願いします。

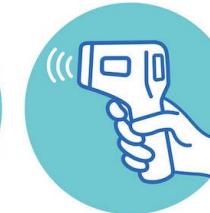
来院される方へのお知らせ

▶2023年5月8日より、新型コロナウイルス感染症が5類となりましたが感染力の強さは変わっておりません。

感染予防対策実施中



マスク着用



検温



手指消毒

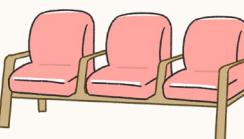
当院では、引き続き感染防止対策として、
「マスクの着用」、「手指の消毒」、「検温」を継続させていただきます。
何卒ご理解いただきますようよろしくお願ひ申し上げます。

※面会について、一部制限がございます。
病棟スタッフへご確認ください。

【来院時の注意事項】

- ①必ず受付にて検温をお願いいたします。
- ②体調不良のある方は、ご来院を控えていただきますようお願い申し上げます。

患者様・ご家族様へのお願い



● 入院時	<ul style="list-style-type: none">■ ご家族様 2名まで、病棟ロビーにてお待ちください■ 看護師がお話を伺います
● 退院時	<ul style="list-style-type: none">■ 1 F 医事課（正面受付）にて退院会計後、各階ナースステーションにお声がけください。患者様をお連れいたします。
● 荷物の受け渡し	<ul style="list-style-type: none">■ 午後 1 時～4 時の間に、各階ナースステーションにて看護師にお声がけください■ 午後 4 時以降にお越しの際は、1 F 面会受付または夜間救急受付にお声がけください
● 手術時	<ul style="list-style-type: none">■ ご家族様（2名まで）は 2 F 家族待機室でお待ちいただけます

* 病状説明は、1 F 外来診察室または各病棟ナースステーション内にて行います。

* 病室内での面会はできません。

* お子さまの（15歳以下）の面会もご遠慮ください。

* マスク着用の徹底をお願いいたします。

面会について

病状が安定している患者様に限り、令和6年1月5日より、各病棟ロビーにて面会が平日のみ可能となります。

※リモート面会は、月曜日～日曜日まで対応可能です。

病棟までお問い合わせください。(14:00～17:00)

●面会時間	月曜日～金曜日  各階1組まで ① 14時～14時20分 ② 15時～15時20分 ③ 16時～16時20分
●面会場所	►病棟ロビー ※2F病棟の面会は1Fフロアへご案内します。
●面会できる方	患者様一人につき2名まで . ※発熱や風邪症状のない方 ※直近1週間以内にコロナウイルス等の感染症に罹患していない方 ※15歳以下は不可
●予約方法	完全予約制 平日14時～16時の間に、 病院・病棟宛てにご連絡ください。

【注意事項】

- 面会当日は予約時間前にお越しいただき、マスクの着用と手指消毒を行った後、1階正面受付にて面会問診表の記入を行ってください。
時間厳守にてお願いします。
- 面会中の飲食はできません。また差し入れ等の持ち込みもできません。
- 今後の感染状況次第では、再度面会禁止となる場合があります。
- 面会枠が少ないためご希望に添えない場合がございますが、なるべく多くの患者様とご家族様にご利用していただきたいと考えております。
皆様のご理解とご協力を賜りますようよろしくお願ひ申し上げます。

限度額適用認定証 手続きのご案内

*お手元にございます
資料をご確認ください。
ご質問がございましたら
1階正面受付まで
お越しください。

おもて

限度額適用認定証 手続きのご案内

「限度額適用認定証」を提示していただくことにより医療費の窓口負担額を減らせる場合があります。

マイナンバーカードをお持ちの方は手続きの必要はございません。

病院受付までマイナンバーカードをお持ちいただければ限度額の確認ができます。

発行の手続き窓口は、加入している保険によって異なります。

- 協会けんぽ ⇒ 全国健康保険協会・都道府県支部
- 後期高齢者・国民健康保険 ⇒ 市役所、町・村役場
- 共済・組合健保 ⇒ 各健康保険組合か職場の担当部署
各窓口でご相談ください。
- ◆ 負担の上限額は年齢や所得によって異なります。

自己負担限度額〔入院の場合〕

《70歳未満の方の場合》

所得区分	1ヶ月の負担の上限額	4回目以降 (多数回該当)
標準報酬月額 83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
標準報酬月額 53万円～79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円
標準報酬月額 28万円～50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
標準報酬月額 26万円以下	57,600円	44,400円
低所得者(住民税非課税の方)	35,400円	24,600円

※70歳以上または70歳未満でも後期高齢者医療制度に加入されている方はうら面を

ご参照ください。また、うら面の注意事項もご確認ください。

うら 《70歳以上の方の場合》

70歳以上の方は、所得区分の認定証がなくても、自動的に窓口での支払いが負担の上限額までにとどめられますが、3割負担と低所得者(非課税世帯)の方は区分の適用を受けるためには認定証が必要です。

発行の手続き窓口はおもて面と同じです。

所得区分	1ヶ月の負担の上限額	4回目以降 (多数回該当)
3割負担の方	III (月収 83万円以上など) 252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
	II (月収 53万円～79万円など) 167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円
	I (月収 28万円～50万円など) 80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
一般	57,600円	
低所得者 (住民税非課税の方)	II (I以外の方) 24,600円	
	I (年金収入のみの方の場合、 年金受給額 80万円以下など、 総所得金額がゼロの方) 15,000円	

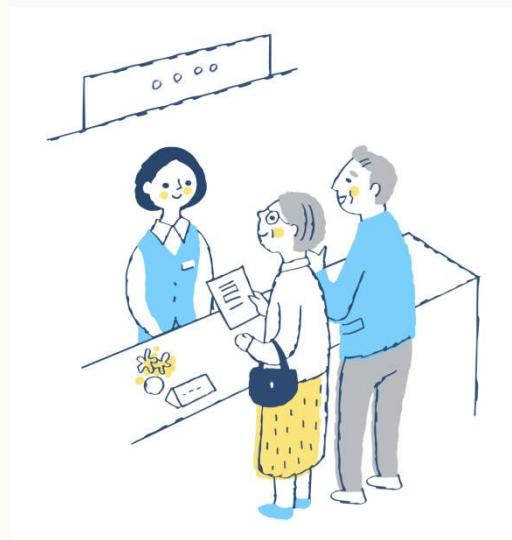
注意事項

- 入院時の食事代や差額ベッド代(個室料金)、おむつ等は、対象となりませんので別途請求となります。
- 入院の時期があらかじめ分かっている方は、入院前に手続きができます。
- 緊急入院など入院前に手続きができなかった場合でも、同一月内に病院に提出いただければ利用できますので、お早めに手続きください。
- 発行後は「健康保険限度額適用認定証」を、1階の会計窓口に提出してください。
- 限度額は1日から末日までの1ヶ月毎で計算されます。
- 自己負担限度額は健康保険法の改正で変更になることがあります。
- 低所得者の適用となった場合は、食事負担金も減額となります。
- 限度額適用認定証を使用しなかった場合は、各窓口へ払い戻しの申請が必要となります。

入院費のお会計について

【退院時のお会計】

- ①即日計算し請求書を発行します
- ②会計窓口でお支払い後、確認書を発行いたします
- ③確認書を病棟看護師にお渡し後退院となります



【入院中】

- ①月1回11日に、前月分を発行いたします
会計窓口にてお支払ください

<注意事項>

- ※請求書は11日が土日祝日の場合は、休み明けの発行となります
- ※現在、面会禁止のため入院費の請求書は病室へ配付しておりません
金額のご確認は、会計窓口またはお電話にてお問合せ下さい

代表 ☎ 0248-23-2700

ご記入後、病棟看護師へ お渡しいただく書類①

① 入院申込書

(兼入院時確認書)

②入院される方の基本情報

(計 4 枚)

③実費徴収品目に関する 支払同意書

医療法人社団 東園会 白河病院 病院長殿

私は、上記費用徴収について、内容を確認しましたので、費用徴収が生じた場合は、料金を支払うことを予め同意いたします。

卷之三

3 実費徴収品目に関する支払同意書

下記の項目は、保険外となります。ご利用に応じて実費徴収のご負担をお願いします。(2024/9/1税込価格)

項目	単位	金額(税込)
一般診断書	1通	3,300 円
入院・通院診断書	1通	6,600 円
死亡診断書・検査書	1通	5,500 円
死亡診断書・検査書(法的用意用)	1通	3,300 円
特例死亡診断書(生体保険用)	1通	11,000 円
健康診断書・身体快適書	1通	3,300 円
免許用診断書	1通	3,300 円
身体障害者認定診断書	1通	7,700 円
障害年金診断書	1通	7,700 円
自賄費後遺障害診断書	1通	6,600 円
交通事故診断書	1通	3,300 円
自賄費診断書	1通	5,500 円
自賄證明書	1通	3,300 円
施設入所用診断書	1通	3,300 円
医療費支払認明書	1通	2,200 円
おひつ認明書	1通	1,100 円

統柄			電話番号
様	()	()
様	()	()
様	()	()
香氣や手術があれば記入してください			
例)H20年 脳梗塞			
なし	・	あり	(本/日 年 過去 : 年前)
なし	・	あり	(頻度 : 毎日 ・ 時々)
類、量 :	()		
なし	・	あり	例)日本酒1合
ごはん	・	おかゆ	・ ベースト状 きさみ
なし	・	あり	
回/日	外食 :	月()回くらい	

年 月 日

1

入院申込書（兼入院時確認書）

医療法人社団恵周会 白河病院長殿

- この度、貴病院に入院するにあたり、下記事項を確認のうえ入院申込いたします。

 1. 入院中は「入院のしるし」記載事項や病院の規則に従うとともに、医療上の指示に従います。
 2. 入院中は他の患者や病院スタッフ、その他の関係者の迷惑になるような行為は致しません。
 3. 入院中にかかる諸費用については速やかに支払うものとし、通常の際は全額清算します。

なお、支払義務の範囲は患者本人及び身元引受人は金額を、連帯保証人は1入院につき 30万円を限度とします。

 4. 上記の確認事項に反する行為や、法令違反行為などがあった場合は、改善や退院などの指示・指導に従います。
 5. その他貴病院の判断により退院指示があった場合は指示に従い速やかに退院します。

2 入院される方の基本情報

◎わかる範囲でご記入をお願いします

記入します	令	年 月 日 ()	(歳)	記入日	年 月 日
					男
日				電話 :	- - -
kg				携帯 :	- - -
				電話 :	- - -
				入院患者本人との関係	- - -
				入院患者本人との関係	- - -
あり	令	年 月 日 ()	(歳)	記入日	男 · 女
HIV)				電話 :	- - -
)				携帯 :	- - -
)				電話 :	- - -
)				入院患者本人との関係	- - -
令	年 月 日 ()	(歳)	記入日	男 · 女	
				電話 :	- - -
				携帯 :	- - -
				電話 :	- - -

は別生計の成人：有職者としてください。

9

④

エラン控

CSセット利用申込書
CSセットは株式会社エランとの契約です

17019610

10

ご記入後、病棟看護師へ お渡しいただく書類②

④ CSセット利用申込書

※④は“株式会社エラン”との契約です。

※ 1～5までの項目を読み、チェックをつけてください

※ご利用者欄には、入院患者さんの氏名、生年月日、性別を記入してください

※ご契約者欄には、料金をお支払いになる方の情報を記入してください

※申し込むプラン名を○で囲んでください

⑤行動制限同意書

⑤

行動制限同意書

治療及び安全確保のため、下記の通り行動制限(抑制・拘束)することをご了承ください。

行動制限(抑制・拘束)が不要になった場合は速やかに解除いたします。

なお、再度必要になった場合は、改めて病状と行動制限の必要性について説明いたします。

理由	<input type="checkbox"/> 行動制限ないと必要な治療が行えない <input type="checkbox"/> 行動制限ないと患者さんの安全が保てない <input type="checkbox"/> その他()
方法	<input type="checkbox"/> 抑制带 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 介護衣 <input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> サークルベッド <input type="checkbox"/> 車イス使用時のベルト、オーバーテーブル <input type="checkbox"/> 薬剤の使用 <input type="checkbox"/> その他()
部位	<input type="checkbox"/> 上肢 (□右・□左) <input type="checkbox"/> 下肢 (□右・□左) <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他()
期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 年 月 日

説明者 医師名 _____
看護師名 _____

私は上記内容について説明を受け、納得し同意しました。

年 月 日

患者氏名 _____

同意者名 _____ 続柄()

④

- ① 入院／入所費とは別のお支払いのため、利用終了後に株式会社エランより請求書を発送いたします。
B. 利用期間が月をまたぐ場合は、利用月ごとに請求書を送付することがあります。
C. 利用料金 = 日額 × 利用日数(開始日から終了日までの全日数)となります。
D. 利用日数には、入院／入所日(開始日)と退院／退所日(終了日)も1日と数えます。
E. 別紙、【個人情報の取り扱いについて】を確認し同意いただく必要があります。
□ 私は、上記A～Fを確認し十分に理解したうえで、CSセットの利用を申し込みます。
↑ チェックのうえ、申込書記入にお進みください。

- ② 記入日 年 月 日 私は、CSセットの利用にあたり、利用するサービスに関する利用規約と個人情報の取り扱いについて同意のうえ、利用申込を行います

③ ご利用者欄 姓 名	生年 月 日	(明治) 大正 昭和 平成 令和 性 年 月 日 (女性)
----------------	--------------	----------------------------------

*契約者が未成年者の場合、申込について等、確認のご連絡をする場合があります。

④ 契約者欄 姓 名	印	生年 月 日	(明治) 大正 昭和 平成 令和 性 年 月 日 (女性)
料金をお支払いになる方 料金をお支払いになる方	郵便番号	市区郡	
町村名・番地	建物名・部屋番号		
第一連絡先(必須) ※普段連絡のつく携帯電話など	第二連絡先 ※自宅など		
—	—		

商品コード	商品名	1泊単価(税込)	利用開始日	備考欄
61600	Aプラン	¥ 484	月 日	
61603	Bプラン	¥ 363	月 日	
61606	紙おむつプラン①	¥ 484	月 日	
61608	紙おむつプラン②	¥ 363	月 日	
61672	Cプラン(オプション)	¥ 110	月 日	
		¥	月 日	

⑥ 商機／フロアに○をつけてください 2病棟 3病棟 4病棟 5病棟	利用区分 新規・再利用・S
その他	D 受付担当

CS（ケアサポート）セットのご案内①

▶入院時必要品レンタルシステム◀

11

入院時必需品
レンタルシステム

ケア・サポート CSセット[®] のご案内

白河病院では、院内の感染対策と
より手厚い看護を行うためにCSセットを導入しています

CSセットとは？

入院の際に必要となる衣類・タオル類・日用品・紙おむつ類を
日額定額制のレンタルでご利用いただけるサービスです



※本資料に掲載されているイラストは全てイメージであり、実際の商品とは細部が異なる場合がございます

お問い合わせ窓口 0120-919-821
【受付時間 9:00~21:00】(土・日・祝・年末年始・当社休業日除く)

株式会社エラン 松本本社：長野県松本市出川町15-12

- お問い合わせの際は請求書か申込書の控えをお手元にご用意いただくとスムーズです
- ご連絡の際は、ご利用されている病院名をお知らせください

エランのご利用者様専用ポータルサイト

- チャットボットでもCSセットのお問合せができます（24時間自動応答）
- CSセットのお申込状況の確認
- お支払い金額、お支払い状況の確認、お支払い方法の変更
- 入退院や介護に関する便利な機能が確認できます
- エランオンラインショップが利用できます

<https://members.kkelan.co.jp/>

QRコード

LINE QRコード

©2024 ELAN Corporation

1832-240710|白河病院

お申込みとお支払いについて

どちらかの方法でお申込みください

WEB申込み

①スマートフォンまたはPCから下記アドレスに空メールを送信



986013074@lf.kkelan.co.jp

②no-reply@lf.kkelan.co.jpより申込み用のURLをご連絡します
※メールフィルターを設定されている場合は上記アドレスを受信できるように変更してください

施設申込み

施設に設置されているタブレットにてお申込みください



**クレジットカード
口座引落**

申込み時にご登録ください



**コンビニエンスストア
郵便局**

請求書は株式会社エランより発行・発送します



※請求書でお支払いの場合は、請求書発行手数料150円／通（税込）が加算されます

※当社よりSMS(ショートメッセージサービス)またはEメールにてご利用に関する通知案内を送信します

注意点

入院費とは別のお支払いです
月締め又は利用終了ごとの請求です

※利用期間が月を跨ぐ場合は月ごとに送付することがあります



★株式会社エランおよび
CSセットについて、
ご覧いただけます。



CS（ケアサポート）セットのご案内② ▶プランメニュー表

紙おむつプランメニュー表

病院職員の意見を参考にお選びください

紙おむつプランは、ご容態に応じてプランを変更する場合がございます

● 紙おむつプラン①

484円 (税込) × 契約日数
(税抜 440円)



- ・全日紙おむつを使用する患者様向け
- ・下痢または水様便（下剤使用）の患者様向け

● 紙おむつプラン②

363円 (税込) × 契約日数
(税抜 330円)



- ・バリーンカーテル使用の患者様向け
- ・トイレ誘導または時に失禁の患者様向け

※紙おむつプランは条件により医療費控除の対象となります ※詳細は税務署にご確認ください

ご利用上の注意点

- 開始日から終了日までの全日数分の料金が発生いたします
- 配布の有無・使用枚数に関わらず、日額定額制です
- 退院日も請求に含まれます

※お申込み方法、お支払い方法につきましては、裏面をご覧ください

CSプランメニュー表

衣類・タオル類の交換は、入浴の際などの定期交換が基本です
その他、必要な場合は病院職員までお申し出ください

● Aプラン

484円 (税込) × 契約日数
(税抜 440円)



【衣類】

- ・甚平、ガウン
(S/M/L/LL/3L)



- 【タオル類】
- ・バスタオル
- ・フェイスタオル
- ・おしぶり

● Bプラン

363円 (税込) × 契約日数
(税抜 330円)



- 【タオル類】
- ・バスタオル
- ・フェイスタオル
- ・おしぶり

※下着類はご持参ください

オプションのみのご利用はできません CSプランと合わせてお申込みください

● Cプラン (オプション)

110円 (税込) × 契約日数
(税抜 100円)



【衣類】

- ・肌着（上着） (M/L)
- ・靴下 (M/L)

● サービス品

上記プランをご利用の方は、必要に応じて下記のサービス品をお使いいただけます



- | | | |
|-----------|-------------|----------|
| ・歯ブラシ | ・口腔保湿ジェル | ・カラーコップ |
| ・歯磨き粉 | ・口腔洗浄ブラシ | ・入歯洗浄剤 |
| ・歯磨きティッシュ | ・BOXティッシュ | ・入歯洗浄ケース |
| ・ボディーソープ | ・リンスインシャンプー | ・箸、スプーン |

当院は患者さんの個人情報に全力で取り組んでいます

当院は、個人情報を下記の目的に利用し、その取扱には細心の注意を払っています。個人情報の取扱についてお気づきの点は、職員までお気軽にお申し出下さい。

当院における個人情報の利用

◎医療提供

- ・当院での医療サービスの提供
- ・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・他の医療機関等からの照会への回答
- ・患者さんの診療のため、外部の医師等への意見・助言を求める場合
- ・検体検査の委託その他の業務委託
- ・ご家族等への病状説明
- ・その他、患者さんへの医療提供に関する利用

◎診療費請求のための事務

- ・当院での医療・労災保険、公費負担医療に関する事務及びその委託
- ・審査支払機関へのレセプトの提出
- ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ・その他、医療・労災保険、及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用

◎当院の管理運営業務

- ・会計・経理
- ・医療事故等の報告
- ・当該患者さんの医療サービスの向上
- ・入退院等の病棟管理
- ・その他、当院の管理運営業務に関する利用

◎企業などから委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

- ◎医療や業務の維持・改善のための基礎資料
- ◎当院内において行われる医療実習への協力
- ◎医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究
- ◎外部監査機関への情報提供

【付記】

他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください

お申し出が無いものについては、同意していただけたものとして、取扱わせていただきます

これらのお申し出は 後日 撤回・変更等をすることが可能です

患者様の褥瘡予防 ～スキンケアが大切です～

スキンケアとは、皮膚を健康な状態に保つために、皮膚を清潔にし、乾燥しすぎないよう保湿することです。

乾燥した皮膚は、汗や尿便、衣類の接触、圧迫などでトラブルを起こしやすくなります。

そのため、“褥瘡予防対策チーム”では保湿剤の塗布を推奨しております。

スキンケアを行うために保湿剤の準備をよろしくお願ひいたします。

* 褥瘡とは

一般的には「床ずれ」と呼ばれており、寝たきりの高齢者によく見られます。圧迫された部位の血流が悪くなった結果、酸素や栄養が行き届かず皮膚や皮下組織、筋肉などが死んでしまうことです。

塗った上からテープが貼れる、
無香料でのびのよい保湿ローション

¥ 1,920-(税込)

* 売店にて販売中



- ◆ご自宅で使用していたローション、クリームがあればご持参ください
- ◆保湿剤をお持ちでない方は、当院売店でも購入できます
- ◆香りの強いものは患者様に不快感を与えることがありますので、無香料のものが望ましいです

ご不明な点はお気軽に看護師へお声がけください。ご協力のほどよろしくお願ひ申し上げます。

褥瘡予防対策チーム 2024.11

せん妄について

■せん妄とは、どのような症状か？

- ・何らかの病気にかかり、全身の状態が悪くなる（脱水、感染、貧血など）
- ・検査、手術、薬物治療による身体的な変化
- ・入院による急激な環境の変化
- ・不安や緊張、恐怖、痛み、かゆみなどによる精神的苦痛

左記のようなさまざまな原因により
脳に負担がかかります。
そのために脳の機能が乱れ（意識
の障害）、変化がみられます。

◆ 時間や自分のいる場所がわからなくなる	・今日が何月何日がわからなくなる ・ここがどこかわからなくなる
◆ 幻覚がみえる	・「天井に虫が見える」「そこに誰かがいる」など通常では見えないものが見えると訴える
◆ 睡眠のリズムが乱れる	・寝る時間と起きる時間が不規則になる ・昼間眠って、夜に眠れない
◆ 落ち着きがなくなる	・何度もベッドから起き上がる ・繰り返し、どこかに行こうとする
◆ 話していることのつじづまが合わない	・過去のことを今のことのように話す ・現実とは異なることを話す
◆ その他の症状	・ぼーっとしている ・怒りっぽくなる ・治療していることが理解できいため点滴などの管を自分で抜いてしまう

*せん妄は、体の症状の一つであり、「気持ちのもちよう」や「こころの問題」ではありません。一般的に言われている痴ほうになってしまったとか、精神病になったわけでもありません。適切な治療をおこなえば、半数以上の患者さんで症状が改善するといわれています。

せん妄の予防はどうすればよいか？

痛みがあるときは我慢をしないで伝えてください

強い痛みは、せん妄の原因になります。
痛みがあるときは、我慢せずに担当医や看護師に伝えてください。

体を動かしましょう

せん妄を予防するためには、日中動くことが大切です。できるだけ座って過ごす時間を作ったり、散歩をしたり、起きている時間を作るようしましょう。

水分をこまめにとりましょう



体の水分が不足するとせん妄になりやすくなります。水分をこまめにとりましょう。

お薬に注意しましょう



お薬の中にはせん妄の原因となるもののがいくつかあります。特に睡眠薬や安定剤は注意が必要です。これまで何年も飲んできた薬でも、体調が悪い時に飲むとせん妄を引き起こすことがあるのでご相談ください。

せん妄の治療

1. 負担となっているからだの問題を取り除く
2. 脳の機能の乱れを改善・緩和するお薬を使用する
(薬剤の適正な使用については、認知症ケアチームが介入)
3. 患者さんが安心できる環境を整える

ご家族さまにお願いがございます

患者さんがせん妄の時には、意識が混乱し、今どこにいて、何をしているのかわからなかったりしています。そのため、患者さんご本人も不安になられていることが多く、ご家族がそばにいるだけで患者さんは安心されます。

- つじつまの合わないお話があっても、無理に正す必要はありません。いつもどおり落ち着いた言葉かけをお願いします。
- 時間や場所がわからないようであれば、教えてあげてください。(時計やカレンダーを設置すると有効です)
- 日中起きていられて、夜間に眠れるような働きかけてください。
- けがや事故防止のため、はさみやカッターなど危険物の持ち込みはご遠慮ください。
- 見えない、聞こえないなどの感覚遮断はせん妄の原因となることもありますので、普段お使いになっている眼鏡や補聴器をご持参ください。



不明な点、お困りのことがあれば、担当医、看護師にお声がけください

アンケートご協力のお願い

当院は「心ふれあう病院」を目指し、笑顔とあたたかい心で皆様に接することを職員一同心掛けております。

より良い病院づくりの参考とさせていただくためのアンケートをお願いしております。

頂きましたご意見を真摯に受け止め、今後の病院運営に役立たせていただきますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。



《入院用》

アンケートご協力のお願い

当病院は『心ふれあう病院』を目指し、笑顔とあたたかい心で皆様に接することを職員一同心がけています。

しかし、まだまだ至らないことも多いと考えております。

そこで、より良い病院づくりの参考とさせていただくためのアンケートをお願いしております。頂きましたご意見を真摯に受け止め、今後の病院運営に役立たせていただきますので、ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

以下について当てはまる番号に○印、または（ ）内にご記入ください。

【1】 皆さんについて

- | | | | |
|-----|-----------|---------------|----------|
| ご住所 | (1) 白河市 | (2) 白河市以外 () | |
| 性別 | (1) 男性 | (2) 女性 | |
| 年令 | (1) 10歳代 | (2) 20歳代 | (3) 30歳代 |
| | (4) 40歳代 | (5) 50歳代 | (6) 60歳代 |
| | (7) 70歳以上 | | |
| 診療科 | (1) 循環器科 | (2) 心臓血管外科 | |
| | (3) 内科 | (4) 脳神経外科 | |
| | (5) 消化器科 | (6) 整形外科 | |

【2】 当院を選んでいただいた理由をお聞かせください。（複数回答可）

- | | |
|-------------------|----------------|
| (1) 他の医療機関などからの紹介 | (2) 病院の評判が良いから |
| (3) 医療水準が高い | (4) 医療スタッフが良い |
| (5) 施設・設備が良い | (6) 知人・家族のすすめ |
| (7) 近くに専門病院がないから | (8) 専門病院だから |
| (9) 以前から通っているから | (10) 通院に便利だから |
| (11) その他 () | |

【3】 病院職員の言動・態度について

【記載例】	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	わからない
医師			○			
看護師						
看護助手						
薬剤師						
放射線技師						
臨床検査技師						
理学療法士（リハビリ）						
臨床工学士（透析）						
栄養士						
事務員						
売店店員						
清掃員						

裏面もご記入願います