

入院のご案内

徳島県立中央病院

QRコードを読み取ると
入院中の過ごし方などの
説明が動画で見られます



様式第1号(第2条関係)

入院 申 込 書

年 月 日

徳島県立中央病院長 殿

申込者氏名 ㊟

- ・自筆署名の場合、押印はなくても構いません
- ・保護者(親権者又は後見人)が署名する場合には患者との続柄()

私(下記の者)は貴院に入院したいので、許可くださるよう徳島県病院事業管理規程第2条第1項の規定により申し込みます。

なお入院の上は、貴院の諸規程及び指示事項を遵守することを誓約します。

◆入院履歴申告書 (※厚労省規定により、過去3ヶ月以内の入院履歴の申告が必要です)

過去3ヶ月以内に病院又は診療所に入院したことが ある ・ ない。

「ある」 の場合	① 病院・診療所名			
	② 入院期間	年	月	日

◆個室申込み書 (病室の状況によりご希望に沿えない場合があります。ご了承下さい。)

私は、病院から説明を受け、下記の個室に入室することを希望します。

また入室した際は、下記のとおり健康保険外の個室使用料を支払うことに同意します。

種類	1日当たり個室使用料		希望・同意欄 (どちらかに○を付けて下さい)
	課税	非課税	
特別室	22,000円	20,000円	希望し同意する ・ 希望しない
個室A	6,600円	6,000円	希望し同意する ・ 希望しない
個室B	5,500円	5,000円	希望し同意する ・ 希望しない
LDR (特別分娩室)		10,000円	希望し同意する ・ 希望しない

(注1) 料金計算は0時から24時までの間で使用があった場合1日と数えます。よって1泊2日(24時をまたいで使用)した場合は2日分の料金となりますのでご注意ください。

(注2) 妊婦・褥婦(出産後1か月)・新生児(出生後1か月)は非課税です。

病院記入欄	個室入室日 (年 月 日)	部屋番号 ()
-------	-----------------	----------

◆個人情報について

- 1) 面会の方へのご案内
- 2) 病室入口の氏名表示

希望する	希望しない
希望する	希望しない

◆サービス利用確認：別紙サービスを希望し利用した場合、記載料金を支払うことに同意します。

【入院しようとする者】

現住所			
ふりがな		生年月日	大・昭平・令 年 月 日
氏名		電話番号(携帯)	
電話番号(自宅)	()	電話番号(勤務先)	
勤務先名		勤務先住所	

※太枠内は、必ずご記入ください。

※裏面も必ずご記入をお願いします。

身元引受兼債務保証書

年 月 日

徳島県立中央病院長 殿

徳島県病院事業管理者規程第2条第1項の規定に基づき、提出します。
次の者が貴院での入院治療を受けるに際して、下記内容を遵守することを誓約します。

記

1. 身元引受人は、身元に関する一切の事項を引き受けます。
2. 連帯保証人は、入院に係る一切の債務を下記極度額の範囲で連帯して保証します。

以上

入院者の氏名	
入院日	年 月 日

身元引受人	※身元引受人と連帯保証人とは、同一人でも構いません。		
ふりがな			
氏名	㊟		
	(自筆署名の場合押印はなくても構いません)		
生年月日	年 月 日	患者との 続柄	
現住所			
電話番号 (自宅)	() —	電話番号 (携帯)	
勤務先名		電話番号 (勤務先)	
勤務先 住所			

連帯保証人	※「同上」とは記載しないでください。		
極度額	30万円		
ふりがな			
氏名	㊟		
	(自筆署名の場合押印はなくても構いません)		
生年月日	年 月 日	患者との 続柄	
現住所			
電話番号 (自宅)	() —	電話番号 (携帯)	
勤務先名		電話番号 (勤務先)	
勤務先 住所			

※太枠内は、必ずご記入ください。

個室のご案内

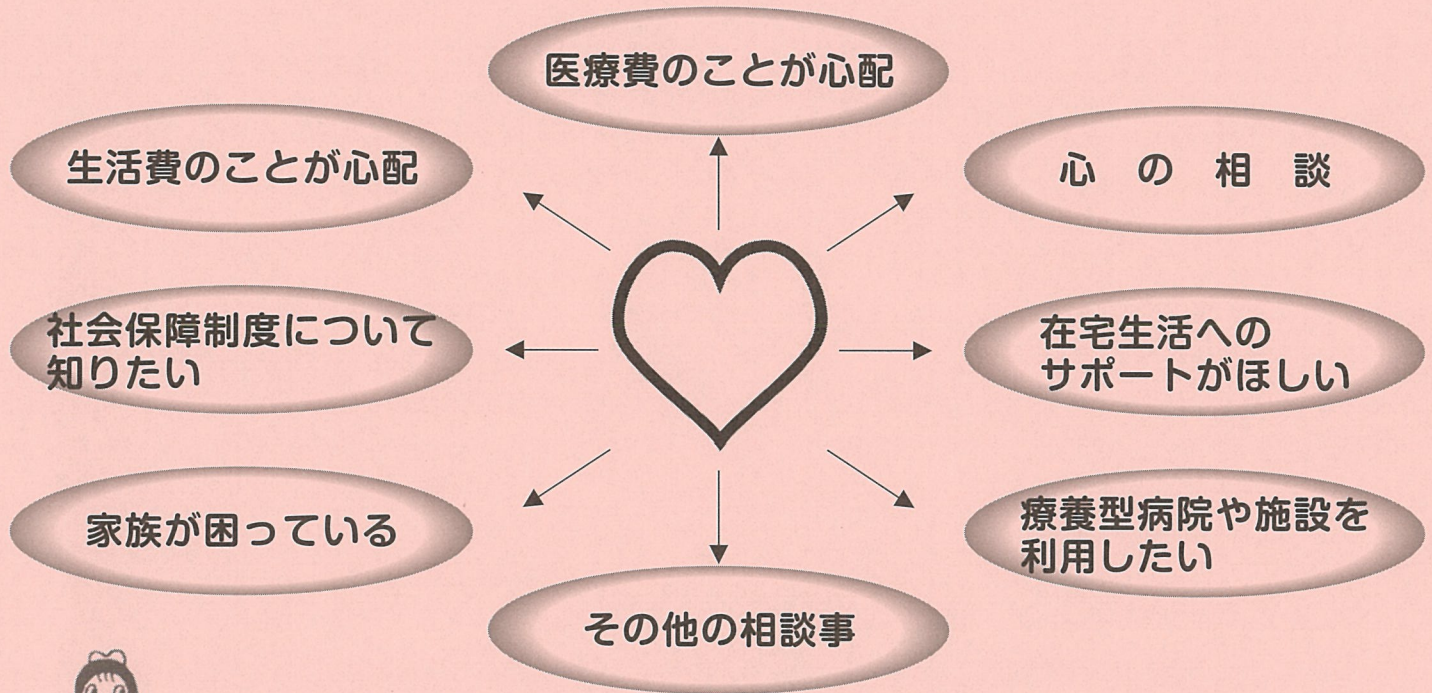
		料金 (課税)	料金 (非課税) <small>※妊婦・褥婦・新生児は非課税です。</small>
特別室		22,000円	20,000円
個室A		6,600円	6,000円
個室B		5,500円	5,000円



ご 案 内

総合相談窓口にて医療、保健、福祉等の相談を受け付けております。

このような時にどうぞお気軽にご利用ください。



病気になると思いがけない社会生活上の心配事が出てくると思います。

総合相談窓口には相談員がいますので、お気軽にご相談ください。

個人の秘密は厳守いたします。

階 外来	号室	本人	家族	お名前 ()
相談内容 (簡単にお書きください)		経済的問題	介護	病気のこと 転医のことなど
相談希望日時があればお書きください ()				

総合相談窓口は
1F 正面玄関入ってすぐ右側です

入院支援・入院手続きについて

- 1 入院についての詳細は、入院サポート室（2階）でご説明いたします。
- 2 入院当日は、まず入院受付（1階）で下記の書類を提出し手続きをしてください。
（休日はそのまま病棟へ上がってください）
 - ①診察券
退院の会計の時に必要です。
入院中はご自身で保管ください。
 - ②保険証またはマイナンバーカード、重度医療、公費負担受給者証、食事減額証、限度額認定証等
保険証の提出が遅れますと、入院費は自費計算になりますのでご注意ください。（限度額認定証（P18参照）については入院当日に提出がなければ通常支払いとなる場合があります。）
保険証等の内容に変更が生じたり、資格がなくなったりした場合には、すぐに入院受付に届けてください。
- 3 入院申込書、同意書は病棟師長にお渡しください。
- 4 交通事故又は労災で入院される方は、必ず入院当日に入院受付に申し出てください。
- 5 公費負担医療等に関する詳しいお問い合わせは患者支援センター（P28）で承ります。

入院日、病室について

当院は、緊急の場合を除き、外来診療を受けた後医師の指示によって入院していただきます。また、当院は救急指定病院であるため、次のような場合がある旨ご承知ください。

- ・救急患者等により、入院予定日が変わることがあります。
- ・入院予定の病棟が変わることがあります。
- ・緊急入院を受け入れる特定の病棟では男女同室をお願いすることがあります。
- ・病状により、病室やベッドの位置を替わっていただくことがあります。

救急病棟の各病室天井にテレビモニターを設置しております。
患者さんの安全のため、スタッフが必要と判断した場合、患者さんに説明した上で、テレビモニターにより観察させていただく事があります。

退院支援について

～入院当初から退院、転院についてご相談します～

当院は高度急性期病院であり、当院での急性期治療が終了した患者さんには、退院や回復期・慢性期の治療を担当する適切な医療機関への転院をご案内します。

当院の平均的な入院期間は9日程度ですが、回復期・慢性期の医療機関への転院には、前もって予約をしておくことが必要です。

よって、入院当初から転院先のご相談・ご案内をさせていただきますのでご了承ください。



入院に必要なものは？

● 入院の際は次のものをご用意ください。

- 寝巻
- 洗面用具
- お箸・スプーン等
- 湯茶用具
- ティッシュペーパー
- タオル・バスタオル
- おむつ

アメニティセットが
ご利用できます。
(別添リーフレット参照)

- 下着
- マスク
- ハンガー
- ごみ袋 ごみ箱を設置していません。ごみ袋を持参ください。

- 入院のご案内(このパンフレット)および同封の書類
 - 入院される患者さんへ (問診票)
 - 入院申込書

- マイナンバーカードまたは保険証
- 限度額認定証
- 高齢受給者証 (70歳以上の方)
- その他各種公費負担受給者証等 (お持ちの方)
- 体内植こみ装置 (ペースメーカー等) の手帳

(マイナンバーカードを
お持ちの方は不要です)

- お薬手帳
- 現在飲んでいるお薬 (右記参照)
- 母子手帳 (小児科・産科入院の方)

- ・日用品は1階売店で販売しております。
- ・寝具 (布団・シーツ・枕等) は病院で用意します。

● 持ち物には必ずお名前を記入してください。

- ・危険物 (ライター、ナイフ、ハサミ、工具等) は病院へ絶対に持ち込まないでください。
- ・貴重品のお預かりはいたしません。盗難防止のためにも貴重品 (指輪、ネックレス等) や多額の現金は院内にお持ちにならないでください。



持参薬について



- 現在処方薬による治療をされている方は、**入院前に処方されたお薬**を持参してください。

〔お持ちいただいた薬は、内容確認後、お持ち帰りいただく場合がありますのでご了承ください。〕

- **入院中に他院で投薬を受けることはできません**のでご注意ください。
- お薬手帳をお持ちの方は持参してください。

入院中にお守りいただくこと

- 医師・看護師の指示は必ず守ってください。
- 他の病室、スタッフステーションへの出入りや、他の患者さんのご迷惑になることはご遠慮ください。
- 携帯電話の使用について
携帯電話はマナーモードにし、指定の場所（各病棟 TEL コーナーおよび個室）以外では使用しないでください。使用は最小限にし、病院スタッフの指示があった場合は使用を中止してください。

- 当院は、病院内全館及び敷地内全面禁煙としております。当院敷地内で喫煙されますと、当院での治療の継続をお断りすることや退院していただく場合もあります。**敷地内での全面禁煙**を遵守していただきますようお願いいたします。



撮影・録音禁止

- 院内やスタッフの撮影・録音はご遠慮ください。
- 飲酒・暴言・暴力・セクハラ行為などがあつた場合は、退院していただくなど厳正に対処させていただきます。
- 病院の設備等を破損された場合には、実費をご請求させていただきます場合がございます。
- 入院中、病棟からの各種連絡や医師からの病状等の連絡をご家族にすることがあります。代表番号 088 (631) 7151 から連絡がありましたら出来る限り対応をお願いいたします。

付き添いは？

看護は、当院看護スタッフが行うため、付き添いの必要はありません。ただし、病状や年齢（小児または高齢者）等により、医師の許可のうえ、家族等に付き添っていただく場合があります。

面会は？

感染対策等のため、面会を制限する場合があります。

- 一般病棟面会時間：14：00～20：00
患者さんに十分な安静と療養をしていただくとともに、検査等に差し支えないように面会時間を定めていますので、ご協力をお願いします。
- 病状などにより面会をお断りすることがありますので、ご了承願います。
- 感染（院内感染）予防目的のため病室への生花の持込はご遠慮ください。
- 感染予防のため、流行性の病気にかかっている方や子どもさん同伴のお見舞いはご遠慮ください。（風邪、はしか、おたふくかぜ、水痘症等が病棟に持ち込まれますと、患者さんにとって、重篤な状態を招くこととなります。）
- 駐車料金については裏表紙をご参照ください。



面会についてのお願い

【面会時間】 14時～19時 15分間

【面会対象者】 中学生以上の同居の方・親族の方 3名まで

【次の方は面会できません】

- ・体調不良の方（発熱・鼻みず・咳・のどの痛み・不快感・嘔吐・下痢など）
- ・面会日より5日以内に新型コロナウイルス・インフルエンザにかかった方
- ・面会日より5日以内に新型コロナウイルス・インフルエンザ陽性の方と接触された方

【面会時にご協力いただく事】

- ・面会の時間は守って下さい。
- ・面会者だけでなく、患者さんにもマスク着用を促してください。
- ・飲食はしないでください。
- ・面会途中で体調不良になった場合は、職員に伝えて速やかにお帰りください。

※上記内容にご協力いただけない場合や、感染状況により面会
を中止またはお断りをする場合があります。

※面会された病棟内で新型コロナウイルス・インフルエンザ陽性が確認された
場合には、面会の方にも聞き取りをさせていただく可能性があります。

院内感染拡大防止のため、ご協力よろしくお願いたします。

料金の支払いとは？

1 入院費につきましては、退院日に金額をお知らせしますので、外来1階の自動精算機又は、料金支払窓口(⑤番)でお支払いください。
(退院の際、領収書を病棟師長が確認させていただいておりますので、ご協力をお願いします。)

月を超えて入院される方につきましては、月末で一旦締め切り、翌月10日頃にお届けします。

入院費は、速やかにお支払いくださいますようお願いいたします。
当日お支払いできない場合でも2週間以内にお支払いください。

2 支払い窓口の取扱い時間は、次のとおりです。
(診察券をご用意ください。)
月曜日～金曜日(祝日・年末年始は除く)
・自動精算機 8:30～16:30
キャッシュカード、クレジットカードでもお支払いができます。(一部使用できないカードがあります。)
・⑤番窓口 8:30～19:00
上記時間外も救急受付でお支払いできます。
(あらかじめ平日日中にご連絡ください。)
口座振込によるお支払いも可能です。詳しくは入院受付(1階)までお尋ねください。

3 入院料は当院の受付時刻より算定し、時間にかかわらず、暦日で計算します。
1泊2日なら2日分の入院料となります。

4 診療諸経費は交通事故等の第三者行為であっても患者さんご本人が債務者となります。

5 領収書は、高額療養費の給付・所得税の医療費控除などに必要です。**領収書の再発行はいたしませんので大切に保管してください。**

6 入院費の計算方法は「DPC(医療費の包括評価)方式」です。
・当院は厚生労働省が推進するDPC(診断群分類別包括評価)により入院費を計算しております。
・DPCとは、疾患ごとに定められた1日当たり定額点数からなる包括評価部分(入院基本料、検査、投薬、注射、画像診断等)と、従来の出来高評価部分(手術、リハビリ等)とを組み合わせる方法です。
・但し、労災・自賠責や、DPC対象外病名、DPC対象期間を超えた場合などは、診療行為ごとに点数を積み上げる従来の「出来高払い方式」により計算します。

7 入院中の歯科治療費は、制度上、外来診療費扱いとなり、入院費とは別の請求書になりますのでご了承ください。

8 個室使用料、分娩費については保険の適用とはなりません。これらの料金は徳島県病院事業管理規程等により定められております。

9 入院費用について、ご不明な点がございましたら、入院受付(1階)でお尋ねください。

※〈180日を超える入院にかかる選定療養費〉について

重症・難病等の基準に該当せず、なおかつ180日を超えて一般病棟に入院している患者さんについては、国の規定(平成18年9月12日厚生労働省告示第495号「厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養」)に基づき(選定療養費)として入院基本料の15%を自費で負担していただきます。

ご理解くださいますようお願い申し上げます。

なおこの180日とは、当院における入院だけでなく、当院入院前の3ヶ月間に、同一疾病で他の医療機関に入院していた場合、その医療機関での入院日数(通算対象入院料の算定日数)も通算されますので、当院入院前3ヶ月間に他の医療機関に入院されていた患者さんは、入院係まで必ず、お申し出ください。

床頭台の使用法

○簡易保管庫

- ・盗難防止のため、床頭台に簡易保管庫を備え付けております。簡易保管庫の鍵は、無くさないようご自身で管理してください。

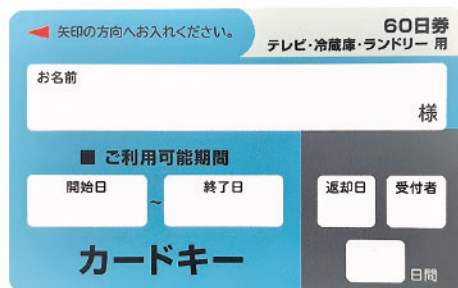
※貴重品や多額の現金を病院内に持ち込まないでください。
病棟でもお預かりできません。



〈床頭台〉



〈簡易保管庫〉



〈スイッチカード〉

○テレビ

- ・テレビの使用には、日額385円（税込）の設備セットの申込が必要です。
- ・申込書はアメニティセットの申込書と共通です。
- ・視聴の際はイヤホンを使用してください。
- ・リモコンは、他のテレビが誤作動をしないよう、電波を弱めてありますので、テレビに近づけて操作してください。リモコンの電池が切れた場合は看護師へお申し出ください。
- ・退院される時は、スイッチカードは挿入口に差し込まないでください。

○冷蔵庫・ランドリー

- ・冷蔵庫・ランドリーも設備セットの申込により使用できます。

(注)

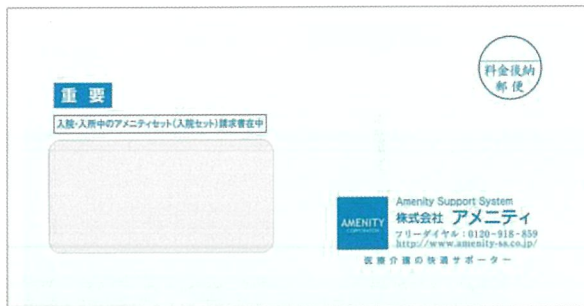
- ・詳しくは、床頭台備え付けの利用説明書をご覧ください。
- ・簡易保管庫の鍵やテレビのリモコンなどを無くされた場合、実費をいただく場合がありますのでご注意ください。

アメニティセットの料金のお支払方法について

ご請求はご利用開始日から1ヶ月毎締または終了日締で、ご請求書は「締日後から約3週間前後」もしくは「ご利用終了日から約3週間前後」で請求先に郵送させていただきます。
 ※アメニティセット利用料につきましては、入院会計とは別のお支払となります。
 ※ご利用料金とは別に、お支払い時に払込手数料が必要となります。

● コンビニ・郵便局でのお支払

- 請求書送付時に払込用紙を同封させていただきます。
- お手元に届きましたら、期限内にお近くのコンビニエンスストアもしくは郵便局でお支払いをお願いいたします。
- 御請求書の裏面に記載しております
 キャッシュレスサービスがご利用いただけます。



写真の封筒にて送付させていただきます。

● 口座振替

- 別紙「自動払込利用申込書」へ必要事項をご記入ください。
- 振替日は毎月末日となります。(休日の場合は翌営業日)
- 口座氏名や金融機関届出印の相違等でご登録が遅れた場合は、**払込用紙を送付**させていただく場合がございます。

※ご記入の際は、口座氏名と届出印のご確認をお願いします。

問合せ先 : 株式会社アメニティ お客様相談室
 電話番号 : ☎ 0120-918-859
 営業時間 : 9:30~17:00(土・日・祝日は休み)



アメニティセット申込書(兼 同意書)

【基本セット】

タイプ	ご利用内容	ご利用金額(税込)
<input checked="" type="checkbox"/> A	○寝巻 ○タオル類 ○サービス日用品	454円(499円)
<input checked="" type="checkbox"/> 手術	○術前術後着 ○タオル類 ○紙おむつ1枚 ○サービス日用品	500円(550円)

【紙おむつセット】 ※利用者様の紙おむつのご利用状況により病棟看護師が毎日タイプを決定・変更させていただきます。

タイプ	ご利用内容	ご利用金額(税込)
<input checked="" type="checkbox"/> ①	【一日中】	645円(710円)
<input checked="" type="checkbox"/> ①	【昼パンツ・夜テープ】	
<input checked="" type="checkbox"/> ②	【リハビリ程度】	450円(495円)

【基本セット】

タイプ	ご利用内容	ご利用金額(税込)
<input checked="" type="checkbox"/> B	○シャンプー ○ボディソープ	350円(385円)
<input checked="" type="checkbox"/> C	○ストロー付きコップ	300円(330円)
<input checked="" type="checkbox"/> D	○食事用エプロン	800円(880円)
<input checked="" type="checkbox"/> E	○転倒予防シューズ	1,400円(1,540円)
<input checked="" type="checkbox"/> F	○入歯ケアセット	800円(880円)
<input checked="" type="checkbox"/> G	○入歯ケース	200円(220円)

寝巻 希望

タイプ	パジャマ・甚平・浴衣
サイズ	S・M・L・LL・3L

紙おむつ サイズ

テープ式	スリップラス	M・L
	スリッマキシ	M・L
パンツ プラス		M・L

転倒予防シューズ サイズ

規格	足サイズ
S	22.0 ~ 23.0cm
M	23.0 ~ 24.0cm
L	24.0 ~ 25.5cm
LL	25.5 ~ 27.0cm
3L	27.0 ~ 28.5cm

【設備セット】 ※どなたでもお申込みいただけます。

タイプ	ご利用内容	ご利用金額(税込)
<input checked="" type="checkbox"/> H	○テレビ ○冷蔵庫 ○ランドリー	350円(385円)

「徳島県立三好病院」又は「徳島県立海部病院」から転院された方はチェックをお願いします。

株式会社アメニティ お支払い時にご利用料金とは別に払込手数料をご負担いただきます。

お申込み記入欄

- 私はアメニティセットの利用にあたり、裏面記載内容を確認し申し込みたいします。
- 私は契約者の同意を得て本書面の記入を代筆いたします。(契約者様と代筆者様が異なる場合)

ID	病棟	病室	ご利用開始日	20	年	月	日
利用者様	フリガナ	フリガナ		フリガナ		利用者様との関係	
	姓	名	姓	名	フリガナ		
代筆者様	フリガナ	フリガナ		フリガナ		契約者様との関係	
	姓	名	フリガナ	フリガナ	フリガナ	契約者様との関係	
携帯電話		固定電話		携帯電話		固定電話	
住所		住所		〒		〒	
利用区分		新規		再利用			



退院の時は

- 1 退院については主治医の指示に従っていただきます。
- 2 退院日時については病棟師長とご相談ください。
- 3 退院当日に入院費をお知らせしますので、1階自動精算機（もしくは支払窓口）にてお支払いください。（会計の時に、診察券が必要です。）
- 4 退院後、外来受診をされる方は予約票を受け取ってください。
- 5 退院後外来受診の際にも、マイナンバーカードまたは保険証の確認をいたしますので忘れずにご持参ください。

診断書・証明書は

- 1 生命保険会社から保険給付を受けるために必要となる入院証明書は、退院時のお支払いの際（退院予定が土曜日、日曜日、祝日の方は直前の平日もしくは次回外来受診時）に、文書受付窓口（1階）でお申し込みください。
- 2 入院が長期に及ぶ場合等で入院中に証明書が必要な方は、文書受付窓口（1階）へご相談ください。
- 3 交通事故で入院された方の「警察用診断書」や職場へ提出される「診断書」等が入院中に必要な場合は病棟スタッフにご相談ください。

災害時は

- 1 入院されましたらまず避難経路図を必ず確認してください。
- 2 火災を発見したときは、大声で同室の方及び病院職員に「火災」を知らせてください。
- 3 避難の際は次のことに注意してください。
 - ・病院職員の指示に従い、単独行動は絶対にとらないでください。
 - ・お互いに助け合い、先を争うことなく落ち着いて行動してください。
 - ・エレベーターは停電等により途中で停止してしまう恐れがありますので、利用しないでください。

館内放送について

緊急の場合は、夜間でも館内一斉放送が行われることがありますので、ご了承ください。

その他

- 本館の整備工事等に伴い、通行止めや迂回及び騒音等ご迷惑をおかけする場合がありますので、ご了承願います。
- 金品等の職員へのお心づかいは固くお断りいたします。

アクセス



J R 徳島本線蔵本駅下車、徒歩10分

バス 徳島市営バス
 徳島駅前、市バス1番乗り場：上鮎喰・地蔵院方面行き
 徳島バス
 徳島駅前、徳バス4番乗り場：石井・鴨島方面行き
 にて徳島駅より15分、中央病院前下車、徒歩約5分

自動車 徳島自動車道：藍住ICより県道1号線経由、7km、約15分

駐車場

駐車スペースに限りがありますので、入院患者さんの駐車はお断りしております。
 駐車した場合、24時間ごとに1,000円の駐車料金（通常料金）がかかります。

I 駐車料金（通常料金）

1時間以内	100円 (ただし、入庫から30分以内は無料)
1時間超～2時間以内	200円
2時間超～5時間以内	1時間ごとに200円加算
5時間超～24時間以内	1,000円
24時間を超える場合	24時間ごとに上記料金を追加

II 駐車料金の割引について

つきの方は入庫から24時間以内に限り駐車料金が割引となります。但し、支払い後の払戻しは致しませんのでご了承ください。

- ① 外来・救急患者さん
 ⇒ 会計の際、駐車整理券に割引スタンプをもらってください。
- ② 入院時に患者さんを送ってきた場合（1台のみ）
 ⇒ 入院受付の際、駐車整理券に割引スタンプをもらってください。
- ③ 当院要請によりお越しいただいた場合（病状・手術の説明等）
 ⇒ 病棟スタッフに駐車整理券を提示し、割引券をもらってください。
- ④ 救急外来や一般外来を受診し、そのまま入院となった場合
 ⇒ 入院時に割引券をお渡しします。翌日には出庫していただけますようお願いいたします。

（割引料金）

30分超～24時間以内	100円
24時間を超える場合	通常料金になります。 (24時間ごとに通常料金を追加)

平成31年2月



徳島県立中央病院

TOKUSHIMA PREFECTURAL CENTRAL HOSPITAL

〒770-8539 徳島県徳島市蔵本町1丁目10-3
 TEL：088-631-7151(代表) FAX：088-631-8354
 FAX 紹介状送付先：0120-631-715
 ホームページアドレス <https://tph.pref.tokushima.lg.jp/central/>

@Instagram



RTMUSHEWA_KENCHU_HOSPITAL

泌尿器科の検査・手術を受けられる方へ

月 日 () 入院予定

1階の入院受付で入院の手続きをして下さい。

「診察券・健康保健証・印鑑」が必要です。

(休日・祝日の入院は手続きが不要ですので、直接入院病棟へお越し下さい)。

「入院申込書・入院される患者さんへお願い・手術説明書・同意書」を病棟に提出して下さい。

*確認のため、入院の前日までに病棟看護師よりお電話をさせていただきます。

月 日 () 検査・手術予定日

月 日 () ~

のお薬は中止して下さい。

☆必要物品 「入院のご案内」のしおりを参照の上、持参して下さい。

☆現在服用中の薬…入院期間中のお薬とお薬手帳を持参して下さい。

☆テープ式紙おむつ1枚…病棟で用意も可能です。(別途費用要)。

★組織検査・ステント交換・動脈内注入

和式の寝巻き1枚 (お持ちでない場合は、検査衣を用意します)。

★上記以外の手術を受けられる方

和式の寝巻き 2枚 (GSセットもご利用いただけます)。

★ロボット手術・開腹手術

腹帯1枚が追加で必要です。詳細は病棟看護師にお尋ね下さい。

(1階の売店でも、お買い求めいただけます)。



徳島県立中央病院

外来棟 泌尿器科外来 電話(088)631-7151(代)

体調チェック表(患者・付き添い用)

記載日 : 年 月 日

(□には、【レ点】を入れて下さい。)

- 私は患者です。
- 私は付き添い者です。

患者氏名 : _____

付き添い者氏名: _____

本日の体温: _____℃

- 過去10日以内にコロナにかかっていません。
- 入院日(受診日)から過去7日以内に、体調不良はありません。
(発熱・咳・のどの痛みや不快感・鼻汁・頭痛・だるさ・下痢など)
- 過去5日以内に コロナ陽性者の人と接触していません。
- 同居人・近い人に、体調不良者はいません。
(発熱・咳・のどの痛みや不快感・鼻汁・頭痛・だるさ・下痢など)
- その他、気になる事・症状などがある場合は、下記に記載して下さい。

※過去7日以内に発熱・咳・鼻汁など何らかの体調不良がある方
過去5日以内にコロナ陽性者との接触がある方
コロナ陽性確認後10日以内の方は
入院延期、もしくはコロナの検査をお願いした上で
入院していただく事があります。

※ご記入、ありがとうございました。

説明書

患者

殿

診断：前立腺がん疑い

前立腺は、膀胱のすぐ下にあり、尿道を取り囲むように存在する男性生殖器のひとつです。栗の实くらいの大きさで、精液の一部を作っています。

前立腺がんの患者さんでは、そのほとんどが、PSA の値が上昇しています。ただし、前立腺肥大症や前立腺炎でも上昇します。また、加齢にともなっても PSA が上昇します。

あなたの場合は、PSA の値、直腸診、超音波・MRI などの画像検査で、前立腺がんが疑われます。

前立腺がんの診断をするために、前立腺生検とよばれる検査を行い、前立腺の組織を採取して、がん細胞の有無を顕微鏡で確認します。

検査方法：

まず、検査（手術）台の上で、うつぶせの姿勢になっていただき、おしりの割れ目の少し上のところ（仙骨裂孔）から、注射をして、麻酔を行います（仙骨硬膜外麻酔と呼ばれます）。

麻酔がかかった後に、足を大きく広げた体位をとります。尿道から、カテーテル挿入し、次に、肛門に超音波検査の機械を挿入します。まず、前立腺の大きさ・異常所見の有無を観察します。また（会陰部）から針を刺して、前立腺組織を採取します。現在、当院では左右 6 か所ずつ、計 12 か所採取しています。検査時間は、30～60 分です。

<検査の合併症>

- ① 血尿 検査後に尿に血がまじることが多いです。通常は、2～3 日で、自然に消失します。
- ② 骨盤内出血 非常にまれですが、骨盤内に出血して、血腫（血のかたまり）をつくる場合があります。出血量が多い場合には、まれに、輸血が必要なることがあります。
- ③ 感染症 術後に前立腺が炎症を起こして、高い熱がでることがあります。そのため、予防的に抗生剤を内服していただきます。非常にまれですが、血液中に細菌がひろがり、敗血症と言われる重篤な状態になることがあります。入院期間が延びたり、再入院が必要になることがあります。
- ④ 血精液症 検査後、精液に血がまじることがあります。しばらく、続くことがありますが、通常健康には、影響がありません。
- ⑤ 排尿困難 検査の影響で、一時的に前立腺が腫れるので、検査後に、尿が出にくくなる場合があります。まれに、尿が完全に出なくなることがあり、その場合には、一時的にカテーテルを使用して、尿をとる必要があります。
- ⑥ 麻酔の合併症 麻酔の影響で血圧が一時的に低下することがあります。まれに、検

査後に頭痛を起こすことがあります。仙骨麻酔の効果が弱い場合には、鎮痛剤や局所麻酔薬を追加で使用します。また、腰椎麻酔に変更することがあります。腰椎麻酔の場合には、翌朝まで、尿道にカテーテルを留置したままになります。

<生検の結果と陰性の場合の注意点>

検査結果は、約2週間で判明します。外来で、担当医から説明があります。

癌が検出された場合：病気の広がりを検査した上で、適切と思われる治療法を、相談していきます。

癌が検出されなかった場合：癌が存在するのに針が当たらない場合や、癌が非常に小さくて発見できない場合もあります。そのため、癌がみつからなかった方でも、定期的に PSA を測定することをおすすめします。その後の定期検査で、やはり癌が疑われる場合には、再度、生検をおすすめする場合があります。

令和 年 月 日

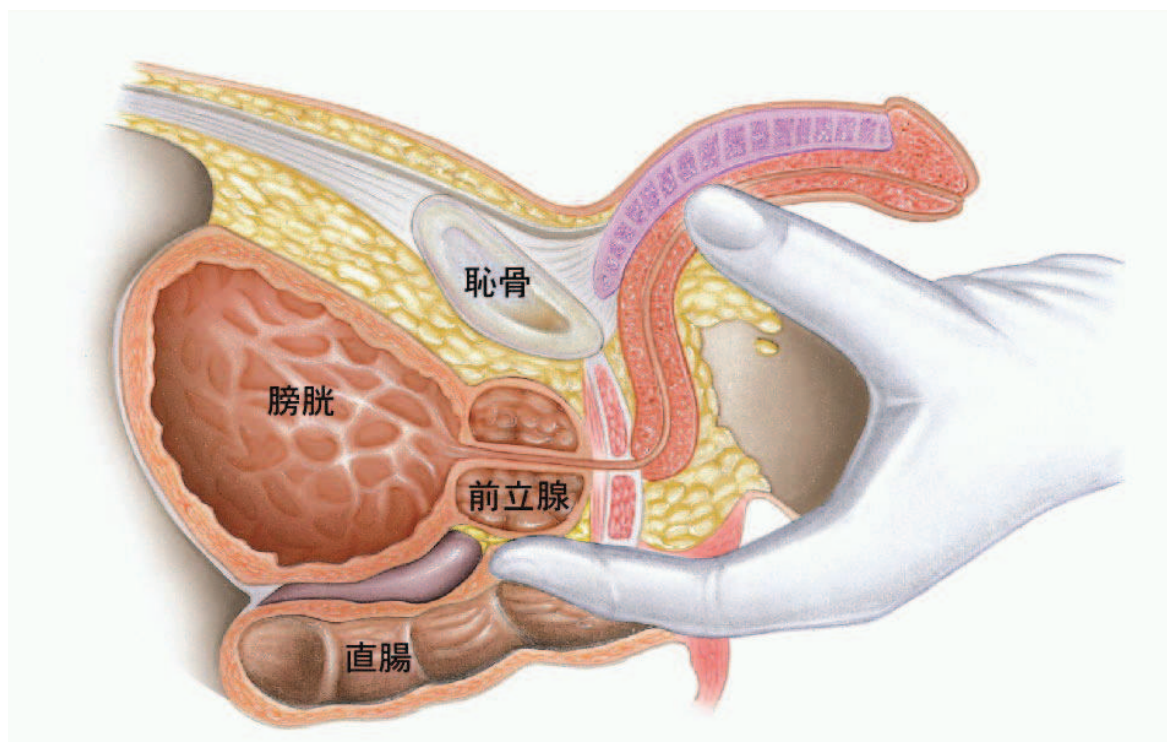
説明医師 氏名

*自筆する。記名する場合は印を加える。

同席者 確認者：()

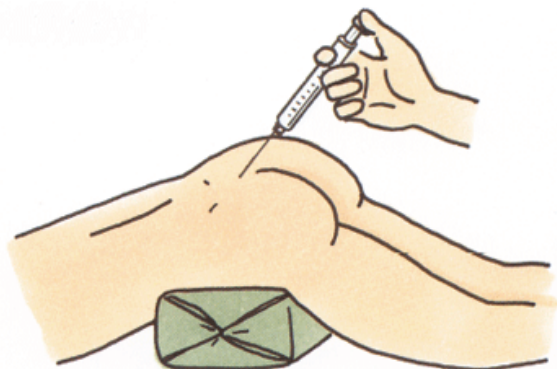
*自筆する。記名する場合は印を加える。

■前立腺について

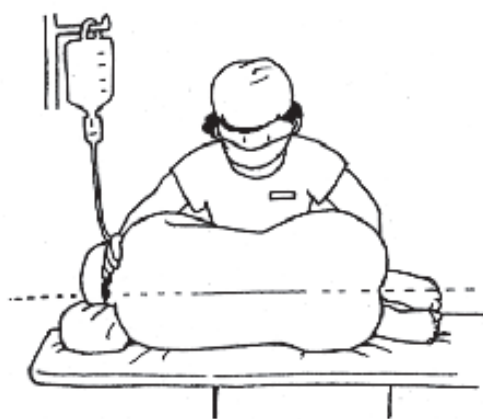


■ 麻酔方法について

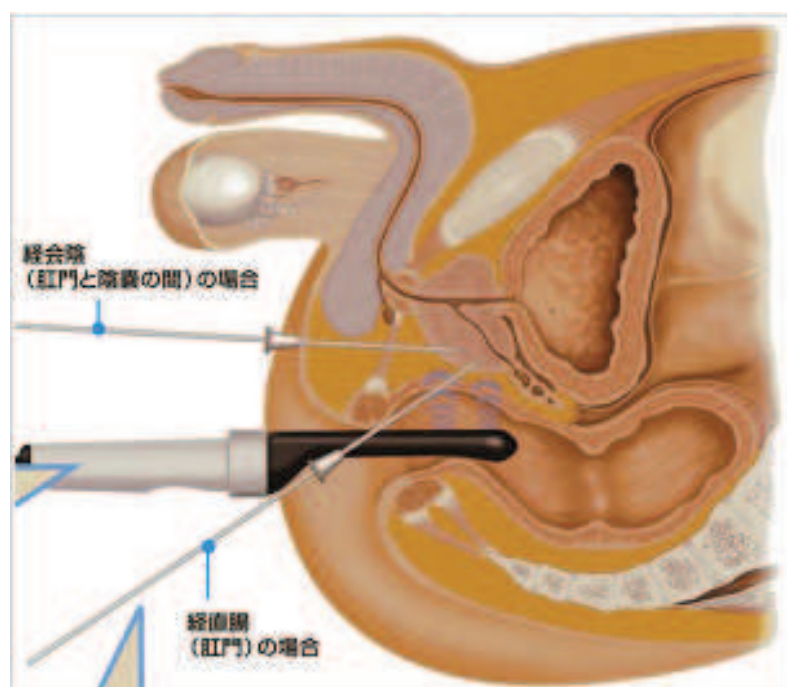
① 仙骨硬膜外麻酔



② 腰椎麻酔



■ 経会陰生検



同意書

徳島県立中央病院長 殿

私（患者氏名 _____）は、前立腺生検を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この検査・手術・治療を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。

以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査・手術・治療を受けることに同意します。

なお、説明文書と、この同意文書の写しを受け取りました。

- 病名・病態
- 検査・手術・治療の目的・必要性・有効性
- 検査・手術・治療の内容と性格および注意事項
- 検査・手術・治療に伴う危険性とその発生率
- 偶発症発生時の対応
- 代替可能な検査・手術・治療およびそれに伴う危険性とその発生率
- この検査・手術・治療を行わなかった場合に予想される経過
- 医療機器業者の立ち会い（医療機器の適正使用や安全使用の確認のため、医療機器業者が医療現場に立ち会う）
- 検査・手術・治療の同意撤回（検査・手術・治療が開始されるまでは、同意を取り消したり変更したりすることができる）

(説明)

説明年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医：（ _____ ）

*自筆する。記名する場合は印を加える。

同席者 確認者 :（ _____ ）

*自筆する。記名する場合は印を加える。

(同意)

同意年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意者（患者本人）：（ _____ ）

*自筆する。記名する場合は印を加える。

ご家族等：（ _____ ）（患者さんとの関係： _____ ）

*自筆する。記名する場合は印を加える。

※患者さんに判断能力がない場合には、代諾者が自筆署名、もしくは記名押印してください。

同意者（代諾者）：（ _____ ）（患者さんとの関係： _____ ）

連絡先：（住所 _____ ）

※患者さんと同居の場合、住所は書かなくても結構です。

（電話番号 _____ ）

徳島県立中央病院同意書

前立腺生検を受けられる方へ

(患者氏名)

様

項目	入院1日目		入院2日目
	入院日	検査前	検査後
達成目標	検査の必要性わかり、不安がない 検査前に抗生剤が飲めている		検査後の排尿困難がない 発熱がない 排尿障害がない 退院後の注意点が理解できる
治療処 療剤置	検査当日の朝、常用薬は内服してください 定期的内服薬がありましたら看護師にお渡し下さい 中止薬、継続する薬について説明します 検査直前に抗生剤を内服していただきます		点滴は終了後に抜針します 定期的内服薬は食後より開始してください 
検査			
活動 安静度	制限はありません		検査後3時間はベッド上安静です 安静解除後は制限はありません 初めて歩行する時や、点滴・尿の管がある場合は転倒に気をつけてください ◇腰椎麻酔の場合は、翌朝までベッド上安静となります → ◇尿の管を抜いた後は制限はありません
食事	7時までに軽食を食べてください 8時前まで水や経口補水液を飲水できますが少量でお願いします		帰室後から水分を摂ることができます 検査1時間後より食事を食べることができます ◇腰椎麻酔の場合は、翌朝まで絶食となります 膝立ができるようになれば水分を摂るこ → ◇朝から食事を食べることができます
清潔			シャワー浴ができます 検査後2日目以降、入浴ができます
排泄	トイレを使用できます 検査前に排尿を済ませてください		歩行が出来るようになるまでは、ベッド上で尿器を使用します ◇腰椎麻酔の場合は、尿を出すための管が入ります → ◇尿の管は朝、抜去します
患者さん 及び ご家族への 説明	医師から検査について説明があります 同意書を確認します 病棟内の案内や、入院の説明を行ないます 検査前に義歯・眼鏡・指輪などは外して下さい 検査着に更衣します ご家族の方は病棟でお待ち下さい		排尿時に痛みがあったり、血尿が出る場合があります 検査結果は外来で説明します 外来予約について説明します 退院後の生活の注意点についてパンフレットをお渡しし、説明します

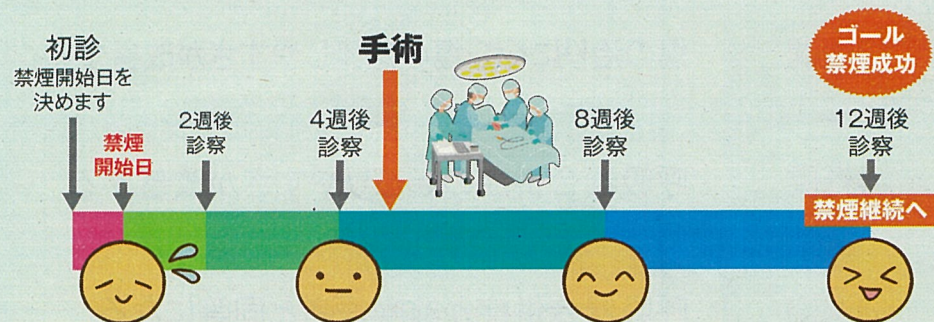
手術の予定が決まったら

1. 手術のために禁煙しますと宣言しましょう。
2. タバコと灰皿を片づけましょう。
3. タバコを勧められそうな状況は避けましょう。
4. 禁煙が難しそうなら、**禁煙外来**を紹介してもらいましょう。

保険診療でより効果的に楽に禁煙を!



禁煙外来では禁煙補助薬や禁煙治療アプリが処方され、
医師と看護師からアドバイスが受けられます。



入院期間は12週間の保険診療期間に含まれません。

加熱式タバコも禁煙保険治療の対象です。

**あなたが禁煙を考えているなら、
手術を受ける時こそ最良の機会です!**

手術を受けられる喫煙者の方へ

手術前には、まず

禁煙

- point1
喫煙は手術の合併症を増やし、傷の治りも悪くします。
- point2
禁煙はいつから始めても合併症を減らす効果があり、早いほど有効です。
- point3
禁煙は手術後も継続することで、病気の経過を改善します。
- point4
受動喫煙も手術経過に有害です。家族が手術なら禁煙しましょう。

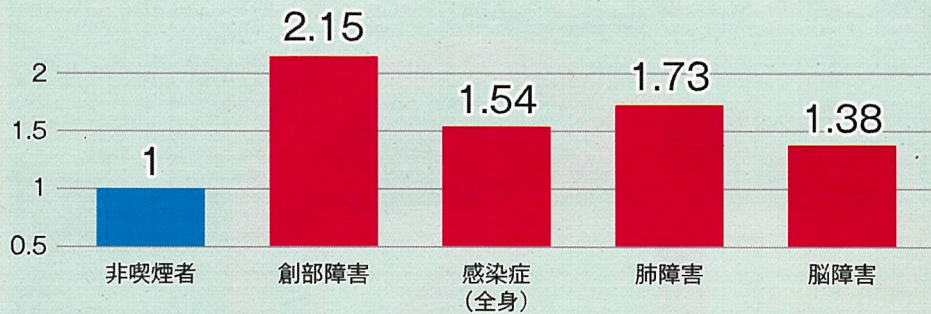


公益社団法人 日本麻酔科学会
周術期禁煙推進ワーキンググループ監修

〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町1-5-2 神戸キメックセンタービル3階

喫煙と手術の関係

喫煙者は、非喫煙者より術後合併症が多くなります。



喫煙の危険性

脳卒中

痰の増加
肺炎

心筋梗塞
心不全

傷の治りの遅れ
傷の感染

骨癒合の遅れ

死亡率増加



術前禁煙について正しく理解しましょう

できるだけ早くから禁煙したほうが合併症が減ります

受動喫煙も喫煙と同じ悪影響があります
手術患者の家族も禁煙しましょう

喫煙は術後の痛みを強くします

喫煙はがんの術後再発率を増加させます

本数を減らしたり、新型タバコに変えても効果はありません



術前禁煙の意義

禁煙開始

禁煙後の変化

20分

血圧や脈拍が正常状態に戻る

12時間

血中の一酸化炭素が正常に戻る

24時間

血中のニコチンが消失する

72時間

呼吸がしやすくなる

2週間

心臓の機能が改善する

3週間

傷の治りにくさ・傷の感染しやすさが改善する

4週間

呼吸器合併症の起こりやすさが改善する

8週間

呼吸器合併症が非喫煙者と同等になる

新型タバコが従来のタバコよりも健康に与える影響が少ないという科学的証拠はありません。

予定手術では、**4週間以上前からの禁煙が望まれます。**

入院される患者さんへお願い

入院されてからの看護に役立てるため、書ける範囲でご記入いただき、入院時に看護師へお渡しください。

患者氏名： _____ 様 身長： _____ cm 体重： _____ kg
 患者さんの連絡先：(携帯電話) _____

1. 入院中の連絡先 (入院中に連絡して欲しい順番でお書きください。)

氏名① _____ 様 続柄 () 電話番号： _____

氏名② _____ 様 続柄 () 電話番号： _____

2. 家族構成について ※同居以外のご家族の方は () 内は居住地をご記入ください

同居家族と同居家族以外のご家族 (ご両親やお子様、ご兄弟など) をご記入ください

続柄	同居の有無	居住地	続柄	同居の有無	居住地
例) 兄	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 県内・県外 (石井町)		同居・別居	県内・県外 ()
	同居・別居	県内・県外 ()		同居・別居	県内・県外 ()
	同居・別居	県内・県外 ()		同居・別居	県内・県外 ()
	同居・別居	県内・県外 ()		同居・別居	県内・県外 ()

3. これまで経験された病気について

1) これまでにかかったことのある病気に○を付けてください。

喘息・心疾患・高血圧・脳血管障害 (脳梗塞・脳出血)・糖尿病・腎臓病・肝臓病・リウマチ
 甲状腺機能 (亢進症・低下症)・緑内障・前立腺肥大 その他 ()

2) 手術を受けたことがある場合は、年齢と手術名 (わかる範囲で) をお書きください。

手術をした年齢	何の手術か
歳	
歳	
歳	
歳	

3) ペースメーカーまたは植え込み型除細動器等を使用されていますか はい ・ いいえ

(※「はい」と答えられた方は、入院時にペースメーカー手帳を持参してください)

<日常生活にサポートが必要な方はこちらの用紙にもご記入をよろしくお願いたします>

8. 生活習慣について詳しくお教えてください。(※ 当てはまる項目に○印をつけてください)

1) 食事について

(1) 食事動作：自分で食べる ・ セッティングがあれば自分で食べる ・ 介助が必要

※介助が必要な方はどのような介助が必要かお書きください

()

(2) 食事の形態(主食)： 普通 ・ 軟飯 ・ お粥 ※トロミ剤の利用： 無 ・ 有

(副食)： 普通 ・ 軟菜 ・ 一口大 ・ キザミ その他()

2) 排泄について

(1) 排泄環境： トイレ(洋式)・トイレ(和式)・ポータブルトイレ・オムツ

※オムツの種類： テープ式のオムツ ・ はくタイプのオムツ ・ パットの利用

※オムツの着用時間： 常に ・ 夜間のみ

(2) 排泄動作： 自分でする ・ 介助が必要

※介助が必要な方はどのような介助が必要かお書きください

()

3) 移動について

(1) 移動手段： ひとりで歩いて移動する ・ 見守りで移動する ・ 介助が必要

(2) 道具を使って移動する (杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 ・ その他)

4) 保清について

(1) 保清環境： 入浴 ・ シャワー ・ 清拭

(2) 保清動作： 自分でする ・ 見守りでする ・ 介助が必要

9. 介護認定・身体障害認定を受けている方は、下記の当てはまる項目に○印をつけてください

介護認定	有 無 不明	要支援：1 ・ 2 要介護：1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
身体障害認定	有 無 不明	1級 2級 3級 4級 5級 6級

1) ご利用されているケアマネージャーさんの事業所とお名前を教えてください。

(1) 事業所名： _____ 電話番号： _____

(2) 担当ケアマネージャー名： _____ 電話番号： _____

※病院からケアマネージャーに連絡して情報共有をしてよろしいでしょうか？(はい・いいえ)

2) 介護サービスを利用されていますか はい ・ いいえ

利用されている方はどのようなサービスを受けているかわかる範囲でご記入ください。

()

3) 自宅で医療処置を受けていますか はい ・ いいえ

受けられている方は該当する項目に○印をつけるか、受けている処置について () 内にご記入ください。

在宅酸素 ・ 血液透析 ・ 腹膜透析 ・ 気管切開 ・ 褥瘡 ・ 自己注射 (インスリン)
その他 ()

10. 自宅での過ごし方について (※差し支えなければご記入ください)

- 1) 落ち着く場所・過ごし方 ()
- 2) 趣味 ()
- 3) 現在、または以前の仕事 ()
- 4) 入院中の心配なこと

()

当院は高度急性期病院であり、当院での急性期治療が終了した患者さんには、退院のご支援や回復期・慢性期の治療を担当する適切な医療機関への転院のご案内をします。当院の平均的な入院期間は9日程度ですが、回復期・慢性期の医療機関への転院には、前もって予約しておくことが必要です。よって、入院当初から転院先のご相談・ご案内をさせていただきますのでご了承ください。

ご協力ありがとうございました。