



入院のご案内

(小児医療部門)



地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪母子医療センター
〒594-1101

大阪府和泉市室堂町840番地

電 話 0725-56-1220(代表)

F A X 0725-56-5682

ホームページ <http://www.wch.opho.jp>

基本理念

母と子、そして家族が笑顔になれるよう、
質の高い医療と研究を推進します。

基本方針

- 周産期・小児医療の基幹施設として高度で専門的な医療を提供します。

周産期医療部門は、すべての妊産婦に安心・安全なお産、胎児・新生児の疾患に高度な医療を提供します。小児医療部門は、専門家として小児の内科・外科・救急医療において幅広く対応します。

- 患者さんとの相互信頼の立場に立った医療を行います。

患者さんが安心して主体的に医療に参加できるよう、「患者の権利に関する宣言」を踏まえ、また、病院におけるこどもの権利を尊重し、相互の信頼関係に立った医療を行います。

- 地域と連携して母子保健を充実させます。

地域の保健・医療・福祉・教育などの関係機関との連携により、母子保健に関する調査・研究・研修を実施するとともに、在宅医療や移行医療を推進します。妊産婦、子どもやその家族の自立支援と地域生活を応援します。これらの取組みにより母子保健の向上に努めます。

- 母子に関する疾病の原因解明や先進医療の開発研究を進めます。

研究所は病院部門と連携し、周産期及び小児発達期における様々な疾患の原因究明に取り組むとともに、疾病の予防・診断・治療法の開発・研究を推進します。

目 次

1	入院の手続き	P 1
2	入院費用	P 1
3	入院に必要なもの	P 1
4	食 事	P 3
5	家族の同室	P 4
6	面 会	P 4
7	プリペイドカードによる施設の利用について	P 4
8	家族控室	P 5
9	セキュリティー	P 5
10	外出・外泊	P 5
11	手術を受けられる方へ	P 5
12	有料個室について	P 6
13	入院中にご協力いただきたいこと	P 6
14	暴言・暴力・迷惑行為の禁止について	P 6
15	退院の手続き	P 7
16	患者支援センターのご案内	P 7
17	手話通訳のご案内	P 7
18	ファミリーハウスのご案内	P 7
19	院内施設のご案内	P 8
20	駐車料金	P 8
21	電気器具の使用	P 8
22	病院へのご寄付	P 8
※	I C Uのご案内	P 10
※	新生児棟のご案内	P 11
※	院内のご案内／外来フロアーのご案内	P 13

1 入院の手続き

入院される患者さんまたはご家族の方は、入院される日に総合受付カウンター①番入退院受付で手続きをしてください。

■ 入院手続きに必要なもの

- ・診察券(入院中の方は不要です)
- ・健康保険証
- ・入院同意・誓約書、保証書
- ・公費医療券(証)



2 入院費用

- (1) 入院費用は、健康保険に定められた負担割合によりお支払いいただきます。
- (2) 入院費用は、退院時、または、毎月1回、末日をもって精算させていただきます。請求書は、退院時、または、毎月10日前後に入院病棟でお渡ししますので、1階自動精算機にてお支払いください。診察券を自動精算機へ挿入するか、請求書のバーコード部分を、自動精算機へかざす事により、ご請求額が表示されます。
- (3) 当センターは、DPC対象病院です。
DPC対象病院では、患者さんの病名と手術・処置などにより1日当りの定額入院費を決定し、そこに手術料などが加算されて入院費用が計算されます。
- (4) 各種の公費負担制度があります。そのほとんどが事前申請となっておりますので、まず、総合受付カウンター⑩番公費受付または患者支援センター総合相談室にご相談ください。申請の判断は医師がいたします。
- (5) お支払いには、DC、VISA、NICOS、MASTER、UFJ、MUFG、JCB、アメリカンエクスプレス、ダイナースクラブのカードが②番お渡し窓口、自動精算機にてご利用いただけます。※自動精算機ご使用時には、暗証番号が必要になりますので、あらかじめご確認ください。
- (6) 当センターでは、医療費等会計のお支払いをお手持ちのスマートフォン等を利用し、クレジットカードにてお支払いいただく料金後払いシステム『メディカルゲート』をご利用いただけます。加入条件や詳細につきましては、母性外来側の自動精算機横のメディカルゲート専用窓口までお問い合わせください。
- (7) 入院費用に関するご質問は、入院係(医事グループ)にお尋ねください。

3 入院に必要なもの

(1) 衣類

入院中に必要な衣類は普段ご利用の前あきパジャマや普段着をご準備ください。また、入院期間やご面会に来られる回数に応じて必要な枚数をご持参ください。下記の衣類を参考にご準備ください。

※衣類及び持ち物には名前を書いてください。

・パジャマ(手術部位によっては前あきパジャマなど)・普段着・下着(2～3組)・運動靴(スリッパ・サンダル・クロックスなどは転倒の危険がありますので使用できません)



(2) 洗面用具等

- ・コップ ・歯磨きセット ・石鹸 ・シャンプー ・タオル
- ・バスタオル(保清に必要なタオル類は病棟で用意します)
- ・ティッシュペーパー ・おしりふき

(3) おむつ

- ・紙おむつを持込むことができます。
- ・当センターのおむつを使用する場合は、1日につき860円(出生後1ヶ月未満は781円)となります。使用した際には「確認書」を発行しますので、内容を確認の上、署名してください。
- ・新生児棟に入室中は、当センターのおむつを使用します。
- ・持ち込みの場合であっても在庫がなくなり、当センターのおむつを使用した場合は、使用料をいただきますのでご了承ください。

(4) 寝衣(パジャマ等)

- ・当センターの寝衣を使用する場合は、1日につき61円(出生後1ヶ月未満は55円)となります。

(5) おもちゃ(汚れたら洗ったり拭いたりできる素材のもの)

- ・3点まで持込むことができます。

※衣類及び持ち物には、名前を書いてください。

おもちゃについてのお願い

子どものおもちゃによる事故の半数が、「飲み込む」「耳や鼻に誤って入れてしまう」事故です。大人の親指と人差し指で輪を作った大きさが、子どもの口の大きさと言われており、指の輪の中を通る物は、小さな子どもの口の中に入ります。また、赤ちゃんや小さな子どもは、手にしたものをすぐに口に入れてしまいます。口に入れる危険性のあるおもちゃや小物などは、赤ちゃんや子どもの手が届かないところで保管しましょう。

そのようなおもちゃを使用する時は、子どもと一緒に遊ぶなど、大人が十分注意しながら見守ってくださるようお願いいたします。

また、部品が外れる恐れのあるものや危険と判断したおもちゃについては、持ち帰っていただく場合がありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

4 食 事

医師の指示に基づき、管理栄養士が栄養管理を行い、適切な食事を提供いたします。

(1) 食事療養費：1食につき460円(1日1,380円が上限です)

※ミルク食・添加物(一部添加物を除く)も1食となります。

(2) 飲食物の持ち込みはご遠慮ください。(ミルク・添加物なども同様です)

※治療上必要な場合は看護師にご相談ください。

(3) アレルギーのある方は主治医にご相談ください。

(4) 食事の提供時間は、朝食8:00、昼食12:00、間食15:00、夕食18:00です。おやつについては、アレルギーではないが、食べることができないもの、ご家庭によってはお子様に食べさせていないものなどがありましたら、病棟スタッフへご相談ください。

(5) 患者さんやご家族からの食事変更の申し出は、食事時間の1時間前まで受け付けます。それ以降は、食事内容の変更、キャンセルはできません。

(6) 手術や検査などで、2時間以上遅れて食事を召し上がる予定の患者さんには、食品衛生上の配慮から延食用の食事(内容：パン、ジャム、マーガリン、牛乳、ジュース、プリンなど)を提供させていただきます。

(7) 食事提供後、2時間を経過したものは、食品衛生上の配慮から下膳させていただきます。

*入院中の食事について

入院中の食事は、発育と食育の観点から栄養バランスに配慮し、いろいろな食材を召し上がっていただけるよう配慮して献立を考えております。

食に対する嗜好は千差万別ですが、子どもの頃に食べた食事をベースに、生涯にわたる味覚・嗜好が形成されていくので、幼少期からいろいろな食材や味付けのものを食べる経験をたくさん重ねて、栄養バランスの良い食事を摂る力を身に付けることはとても大切です。

当センターでは、カレーやハンバーグのような「子どもが好む」とされるメニューも取り入れておりますが、そのような食事ばかりに偏らないよう、様々な食材を使った料理を提供しております。日頃食べ慣れないものでも、入院中の食事を食べるきっかけにさせていただき、適切な食習慣を身につけていただく機会になれば幸いです。

また、フォローアップミルクには、赤ちゃんを育てるための栄養素が十分配合されているとはいえません。そのため、当院ではフォローアップミルクを赤ちゃんの食事として提供していませんので、入院に際しては主治医もしくは看護師に相談してください。



5 家族の同室

ご家族の同室を希望される場合は、看護師にご相談ください。また、ご家族の寝具類は、レンタルか、持参されるかのどちらかを選択できます。

(1) レンタルの場合

- ・専門業者による寝具一式（枕・敷布団・掛布団・シーツ）のレンタルは1日350円です。単品の貸し出しはできません。使用を希望される方はスタッフにお声かけください。
- ・シーツ類は、専門業者が週1回交換に伺います。

(2) 持参される場合

- ・寝具類は入院当日に、ご持参ください。
宅配便などでの配送による持ち込みは、ご遠慮ください。
- ・寝具類の洗濯・管理に対応しておりませんので、ご自身で交換・洗濯をお願いします。なお、センターから寝具の交換・洗濯をお願いする場合がございます。
ご使用中の破損や汚損などについては、当センターは一切責任を負いませんのでご了承ください。
- ・お子さんがICUに入室する際は、私物のお持ち帰りをお願いします。
お預かりはしておりません。
- ・無償の簡易ベッド（長さ180cm×幅54cm×高さ48cm）は比較的小さいため、寝具の大きさにご注意ください。

※寝具類は、簡易ベッド内の引き出しに収納ください。

お子さんのベッド上での保管は、ご遠慮ください。

ご家族の方のお食事は各自でご用意ください。お食事は家族控室をご利用いただき、病室での飲食はお控えください。

6 面 会

- (1) 基本的には、患者さんのご両親はいつでも面会できます。祖父母、中学生以上の兄弟姉妹の面会（10時から19時）には、ご両親の許可と同伴が必要です。ご両親含め3人以内でお願いします。
- (2) 病棟内での面会を希望される方には問診票の記載をお願いしております。問診票の結果によりましては、面会をお断りする場合があります。
- (3) ご両親以外の方の面会は、30分以内でお願いします。
- (4) 患者さんの状態などにより面会をお断りする場合があります。
- (5) 病棟ごとに約束事があります。入院時に説明させていただきます。
- (6) 面会時は、面会簿に入退室時間の記入をお願いします。

7 プリペイドカードによる施設の利用について

- (1) 専用のプリペイドカード（有料）で各病床の床頭台に設置しているテレビや冷蔵庫、病棟にある洗濯機や乾燥機が利用できます。
（一部の病棟には設置していません）

(2) プリペイドカードに残額がある場合は、カード精算機にて返金できます。

〈販売機設置場所〉各病棟の家族控室またはエレベーターホール付近

〈精算機設置場所〉1階総合受付カウンター付近

〈ご利用料金〉テレビ(ブルーレイ対応)：TVカード1枚 1,000円

冷蔵庫：1日 102円

洗濯機：1回 200円

乾燥機：1回(30分) 100円

※テレビ等の持ち込みはご遠慮ください。

※プリペイドカードの破損や紛失については、当センターでは責任を負いかねます。

※安全管理や治療上の理由により、床頭台に設置しているテレビや冷蔵庫の使用制限をする場合があります。

8 家族控室

(1) シャワー(同室家族用です)

(2) コインランドリー・洗濯機：1回につき200円・乾燥機：30分100円

9 セキュリティー



(1) 病棟オートロック

病棟の出入口は、セキュリティ確保のためオートロックで施錠しております。入棟される方には、病棟にて暗証番号をお知らせします。

(2) 面会証

ご両親には、病棟にて面会証をお渡ししております。面会中は見えるところに装着してください。また、退院時には必ずお返してください。

(3) 入館者名等記入票の記載と入館者証の貼付

平日の午後6時30分から翌朝の午前8時までの間および休日に入館される方には、入館者名等記入票の記載と入館者証の衣服への貼付をお願いしております。

10 外出・外泊

主治医の許可書が必要です。主治医または看護師にご相談ください。

11 手術を受けられる方へ

(1) 感染症にかかり手術ができなくなることもありますので、手術までにできる予防接種は済ませておきましょう。

(2) 手術前後2週間は、予防接種やワクチン接種は行わないでください。

(3) 手術前1ヶ月以内に風邪やはしか、水ぼうそう、おたふくかぜ、風疹などの病気にかかった場合、また、病気の人と接触された場合には、入院前に主治医にご連絡ください。入院・手術ができない場合があります。

(4) 手術前日までに麻酔科の術前診察と説明があります。麻酔科でお渡しする“お子様の麻酔について”を、よくお読みください。

12 有料個室について

- (1) 小児棟には有料個室があります。入室を希望される方は、入退院センターにお申し出ください。
- (2) 部屋数に限りがありますので、ご希望に添えない場合があります。また、緊急患者の治療などで必要な場合(昼夜を問わず)に、転室をお願いすることもありますので、ご協力をお願いします。

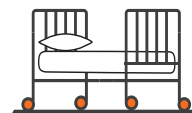
※1日1室の料金は、9,000円(非課税額)です。

※生後28日未満の患者さんは、消費税法の規定により非課税となります。

※日数については、入院及び退院の時間に関係なく、入院日も退院日も1日として算定されます。

13 入院中にご協力いただきたいこと

- (1) 患者さんの転落防止のため、ベッドを離れる時は、ベッド柵を上段まで上げてください。
 - (2) 患者確認のためお名前を確認させていただきますので、ネームバンドの着用をお願いします。
 - (3) 貴重品は、必ず身につけてください。
 - (4) 敷地内は全面禁煙となっております。ご協力をお願いします。
 - (5) 電話の取次ぎはしておりません。電話があったことをお知らせします。
 - (6) Wi-Fiは病棟内では使用できません。
 - (7) 手術、検査等で患者さんの安全を期するため、身体抑制をさせていただくことがあります。
 - (8) 入院患者さんによる点滴ルートや必要なチューブ類の切断など予測のつかない事例が発生しています。
安全な入院生活を送っていただくため、原則としてハサミ、カッターナイフなどの刃物類やマッチ、ライターなどの持ち込みはご遠慮ください。
 - (9) 患者さんの状態・状況に応じて部屋の選択をしております。急な転室をお願いすることがあります。ご了承ください。
- ※ 病棟に“入院のしおり”を備えておりますので、よくお読みください。



14 暴言・暴力・迷惑行為の禁止について

当センターでは、すべての患者さんが安心して、診療を受けられる病院をめざしておりますので、次に掲げる行為があった場合には、退院していただくことがあります。

- (1) 大声を張り上げたり、暴れるなど、他の患者さんに著しく迷惑となる行為
- (2) 病院スタッフに対する暴言、暴力行為、ハラスメント行為
- (3) 飲酒・喫煙など、入院生活上のルールに反する行為
- (4) 理由なく治療や検査を拒否するなど、著しく治療に非協力的な行為

- (5) 病院内での故意による器物破損、窃盗などの犯罪行為
- (6) 病院内での他の患者さんや病院スタッフを撮影・録音する行為、そのデータをSNSに投稿する行為
- (7) その他、公序良俗に反する行為、病院内の秩序を乱す行為

15 退院の手続き

- (1) 当センターの退院時間は、午前中になっています。総合受付カウンター①番入退院受付にて手続きをお願いします。
- (2) 総合受付カウンター①番入退院受付で請求書をお渡しする際に診察券と次回予約票をお渡しします。
- (3) 『メディカルゲート』(2 入院費用(6)参照)をご利用の方は、診察券や次回予約票のお渡しはございますが、②番お渡し窓口でのお支払いはございません。後日に登録されましたクレジットカードから引き落としとなります。詳細は、母性外来側の自動精算機横のメディカルゲート専用窓口までお問い合わせください。
- (4) 土曜、日曜、祝日および平日の午後5時以降に退院の場合は、次回来院時にお支払いいただきます。再診予約日時の確認は平日に予約係にお電話でご確認ください。

16 患者支援センターのご案内

患者支援センターでは医療に関する様々な相談に対応しています。
ご相談内容によっては、より詳しい担当者をご案内させていただきます。
お気軽にご相談ください。

17 手話通訳のご案内

平日の午前9時から午後3時30分までの間、手話通訳者を配置しております。
利用ご希望の方は、総合受付(1階ロビー)医事グループ(地下1階)または、お近くのスタッフにお申込みください。

18 ファミリーハウスのご案内



- (1) ファミリーハウスは、病院敷地内にあります。
- (2) お子さんのご家族で遠隔地にお住いの方がご利用になれます。
- (3) 施設の内容は、次のとおりです。
 - ・ 使用料：1人1泊1,500円です。
 - ・ 部屋数：全12室です。
 - ・ 宿泊：1家族7日まで連泊可能です。(状況により延長も可能です)
- (4) ご利用に関するお問い合わせ先は、ファミリーハウス事務室または、事務局総務・人事グループです。

19 院内施設のご案内

- (1) ショップしらゆり(地下1階) ※医療備品のみ販売
〔平日〕午前9時から午後5時 〔土・日・祝〕休み
- (2) コンビニエンスストア ※ATMが利用できます
午前7時から午後9時(年中無休)
- (3) 自動販売機(1階・地下1階・母性病棟家族控室)
- (4) タクシー呼出電話(1階ロビー)
- (5) 公衆電話は1階正面玄関に設置しています。
- (6) 親と子のとしょかん
開館時間は月～土曜日 午前9時から午後5時30分です。
開館時間にはインターネットもご利用いただけます。

20 駐車料金

- (1) 駐車場は有料です。1時間200円となっております。
ただし、20分以内は無料です。
- (2) ご両親および同室者は、1日(24時間以内)200円に減額しています。
ただし、1回の出庫につき、200円となります。
- (3) 減額の適用を受けるには、同室家族面会証と駐車券をご持参の上、平日の午前9時から午後5時30分までは、総合受付カウンター⑧番保険証確認受付または、総合案内に、それ以外の時間は夜間受付(防災センター)に駐車券を提示してください。
- (4) 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、料金が免除されますので上記(3)記載の受付に提示してください。病棟での押印は、不要です。
- (5) 駐車券を紛失された方は、タイムズコミュニケーションまでその旨ご連絡ください。
タイムズコミュニケーション 連絡先(24時間・365日対応・フリーダイヤル)
TEL0120-72-8924 FAX0120-80-8924(または出口ゲート備付の緊急電話)

21 電気器具の使用

電気器具の使用を希望される場合は、看護師にご相談ください。

22 病院へのご寄付

当センターにおきましては、府民の皆様からのご寄付を受け付けております。ご厚志は、病院環境の改善、職員の研修、臨床研究など、寄付のご希望にそって活用させていただきます。ご賛同いただける方は、臨床研究支援室までお問い合わせください。

× ε



Handwriting practice area with 20 sets of horizontal dashed lines.



＜ I C U の ご 案 内 ＞

① ICU入室について

- ICUに入室される患者さんには、点滴やモニターがたくさんついていることが多く、一般病棟の入院準備物品とは別に、準備していただきたい物品があります。

必要物品	数 量
●おむつ(テープ式のおむつをお願いします)	※注
●おしりふき	1 箱
●ティッシュペーパー	1 箱
●石鹸もしくはボディソープ	1 個
●シャンプー	必要時
●歯ブラシセット	1 セット
●ガーゼもしくはハンドタオル(授乳・よだれ拭き用)	必要時(4～5枚)
●パジャマ(前開き)	2枚程度
●下 着	3枚程度
●食事用エプロン	必要時(4～5枚)
●ビニール袋(洗濯物入れ)	2～3枚

※注 テープ式オムツについて

ICUでは患者さんの安静保持と処置時の負担軽減のためテープ式オムツを使用しています。院内売店「しらゆり」に3枚セットで販売しています。必要数量を事前に決められないため、余裕を持った枚数をご準備ください。

- 持ち物には全てお名前をお書きください。患者さんが好きなおもちゃ・おしゃぶり・DVDなど合わせて3点まで持ち込みができます。

② 面会時間について

- ICUの面会時間は、10：00～21：00です。
上記の時間内での面会をお願いします。ご都合がつかない場合は、医師・看護師にご相談ください。出来るだけ配慮させていただきます。但し、時間外の面会時間は15分程度とさせていただきます。
- 面会される方はマスクの準備をお願いします。(衛生面から不織布マスクをご準備ください)
- 面会のご両親に限らせて頂きます。お申し出があれば、祖父母の方も面会していただけます。面会をご希望される場合は、あらかじめ看護師にお伝えください。
- 他の患者さんの病状や処置内容によっては、面会をご遠慮していただくことがあります。ご協力をお願いします。

◆ICUに関して何かご不明なことがあれば、下記の時間に電話でお問い合わせください。

平日10：00～15：00 0725-56-1220(ICU 内線2717)

< 新生児棟のご案内 >

① ご面会について

- ・新生児棟は24時間面会可能ですが、入室できるのはご両親のみとさせていただきます。（面会時には面会簿に入退室時間の記入をお願いします）
- ・ご両親以外の方は、面会廊下からの窓越しの面会が可能です。
- ・ご家族の同室は行っていません。
- ・病棟内に面談室がありますので、家族控室として面会時の休憩などにご利用ください。
- ・病棟内でのお子さまのビデオ、カメラ撮影はご自由に行ってください。

② 貴重品およびロッカーについて

- ・病棟入室時は、上着やカバンなどは必ずロッカーに入れ、施錠してください。100円硬貨が必要ですが、使用後は戻ります。
- ・ロッカー不足、または硬貨がない場合は看護師にお申し出ください。
- ・携帯電話は機内モードにすれば持ち込みしていただけます。



③ お子さまの私物の持ち込みについて

- ・持ち物には必ずお名前をお書きください。
- ・原則として、お一人様2～3個までおもちゃ・お守りなど持ち込み可能です。おもちゃは水拭きできる素材のものとさせていただきます。
- ・衣類、タオル、オムツは新生児棟で準備した物を使用していただいています。持ち込みはしていただいていません。※

※1日につき860円(出生後28日未満は781円)となります。



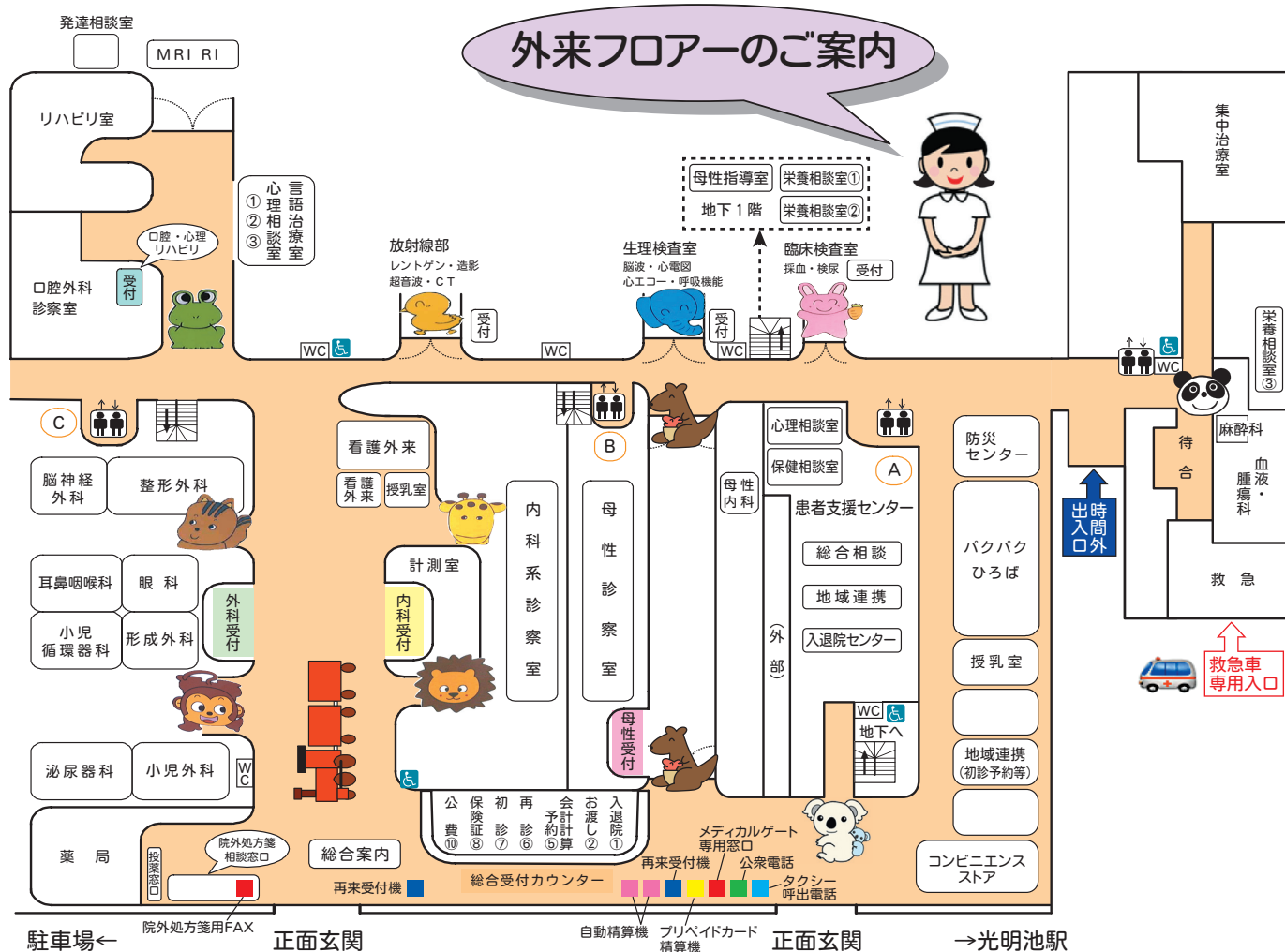
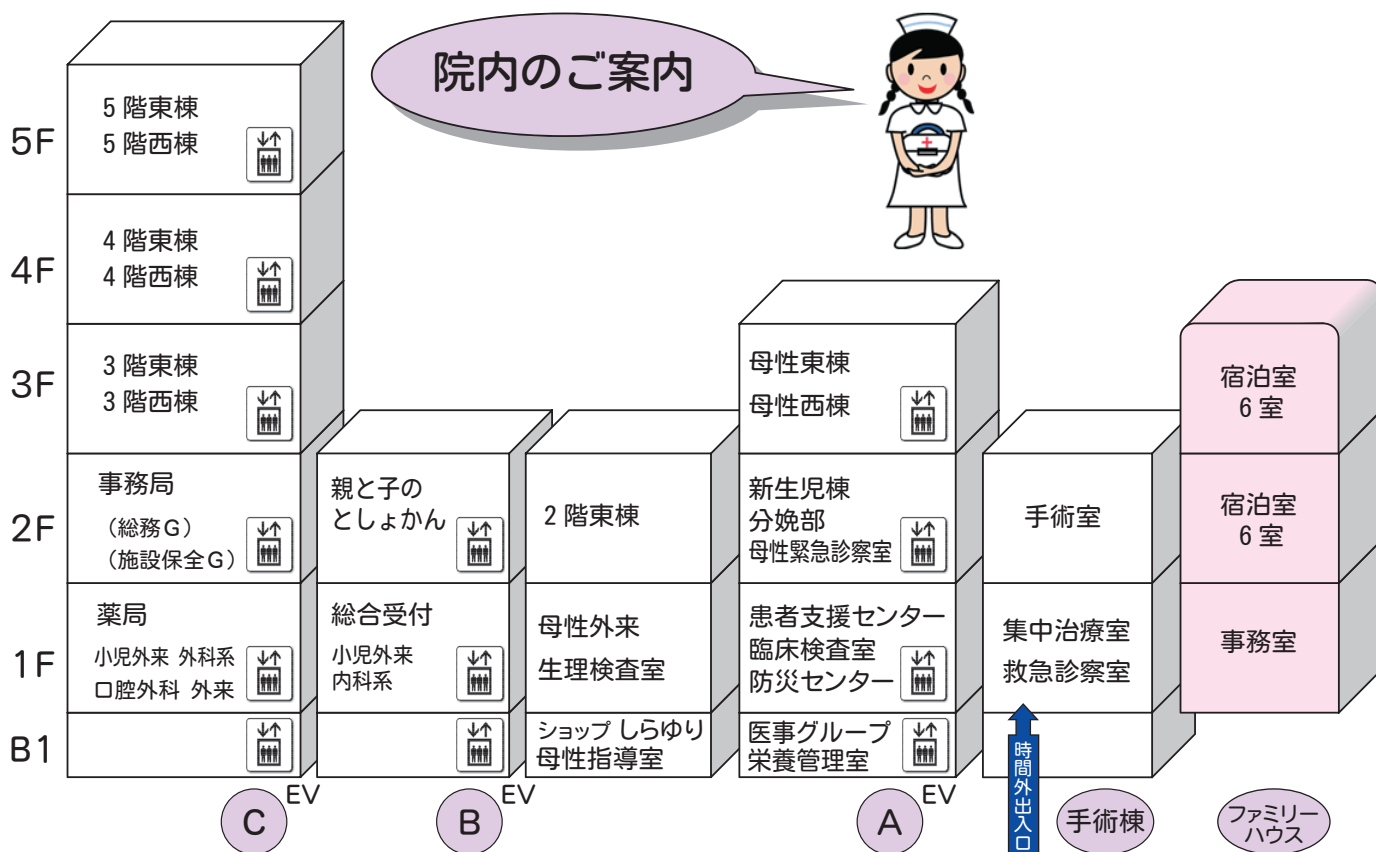
A棟(NICU)とB棟(回復室)間での移動について

- お子さまの状態や看護上の都合で、ベッドの場所が変わることがあります。また、状態が落ち着いたお子さまは、ご家庭に帰る準備のため新生児B棟(回復室)に移動します。
- ご両親が主体となってお子さまの保育が出来るようにお手伝いさせていただいております。

* 注意事項

- 病棟内は常に室温26度、湿度55%以上の環境になっています。ご気分がすぐれなくなった場合は、近くの看護師にお知らせください。
- お帰りの際に、ロッカーの中に忘れ物がないか確認し、ロッカーのお金も忘れずにお持ち帰りください。
- 病棟の状況により、マスクの着用をお願いすることがあります。
- 入院中の他のお子さまへの接触はお控えください。
- その他のご案内については「入院のご案内(小児医療部門)」をご参照ください。
入院のご案内の中にあります「入院時質問票」「同室者・面会者 感染症問診票」は記入不要です。病棟にて別用紙をお渡し致します。





入院同意・誓約書

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪母子医療センター総長様

私は、貴センターに入院することに同意し、下記のことを誓約いたします。

- 1 入院中の患者に対する心得及び療養上の指示事項をかたく守り、万一、これらに違反した場合は、退院を命じられても異議は申しません。
- 2 入院中の一切の医療費は、指定の期日までに納入いたします。

20 年 月 日

(入院患者) 氏 名 ④(年 月 日生 才)

〒

住 所

(親 権 者) 氏 名 ㊟(患者との続柄)

〒

住 所

電 話

(注) 入院される方が未成年の場合、親権者の氏名、住所を併せて記入してください。
その場合、入院患者さんの印は不要です。

保証書

上記の入院患者が貴センターに入院するに際しては、本人の身元に関する一切の事項を保証します。また、医療費の支払についても本書記入日より1年以内に発生する診療費について、100万円(極度額)を限度として保証します。

記入日(入院日までの日付をお願いします。)

20 年 月 日

(連帯保証人) 氏 名 ④(年 月 日生)
〒
住 所

電話

勤務先

電話 (患者との続柄)

- (注) 1 連帯保証人は、支払能力を有する方をお願いします。
2 連帯保証人は、同一家族以外の方をお願いします。

入院時質問票

お子さんのお名前

記入者

(続柄)

記入日

年

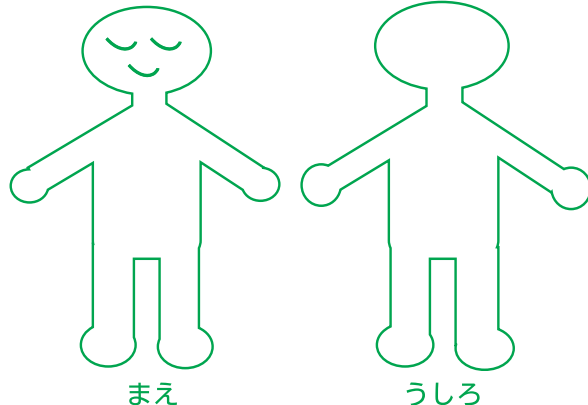
月

日

<現在の状態>下記についてお答えください

- ・体温：_____
- ・下記の症状はありますか：☐いいえ ☐はい
咳 鼻 発熱 下痢 嘔気 嘔吐
- ・症状はいつ頃からですか：_____月 _____日頃より
- ・上記症状に対してお薬を飲んでいますか
☐いいえ ☐はい：_____月 _____日頃より
薬の名前_____
- ・体に出ている発疹はありますか：☐いいえ ☐はい
あせも アレルギー性発疹 虫刺され
アトピー性皮膚炎 とびひ 原因不明

発疹の出ているところ



<小児感染症>下記についてお答えください

- ・接種した予防接種に○をつけてください(かかった場合も○をつけてください)

ヒ ブ	1 回 2 回 3 回 4 回 まだ	小児肺炎球菌	1 回 2 回 3 回 4 回 まだ
4 種混合	1 回 2 回 3 回 追加 まだ	ロ タ	1 回 2 回 3 回 まだ
M R	1 回 2 回 まだ	水 痘	1 回 2 回 まだ かかった
日本脳炎	1 期：1 回 2 回 3 回 2 期：まだ	B C G	済み まだ
B 型肝炎	1 回 2 回 3 回	おたふくかぜ	1 回 2 回 まだ かかった
麻 し ん	1 回 2 回 まだ かかった	インフルエンザ	済み(月 日) まだ
風 し ん	1 回 2 回 まだ かかった	ポ リ オ	1 回 2 回 3 回 4 回 まだ
3 種混合	1 回 2 回 3 回 追加 まだ		

- ・2週間以内に接種した予防接種はありますか：☐ない ☐ある _____月 _____日 種類：_____
- ・1ヶ月以内に感染性疾患患者との接触はありますか：☐ない ☐ある*下記にお答えください
いつ頃接触しましたか：_____月 _____日頃
どこで接触しましたか： 家 学校 保育園・幼稚園 近所 その他()
接触した感染症に○をつけてください
麻しん 水痘 風しん おたふくかぜ 手足口病 溶連菌 インフルエンザ RS
感染性胃腸炎(下痢・嘔吐) 結膜炎 マイコプラズマ その他()

<アレルギー>下記についてお答えください

- 薬：☐ない ☐ある() 食べ物：☐ない ☐ある()
食事制限：☐ない ☐ある() 天然ゴム：☐ない ☐ある
アルコール消毒：☐ない ☐ある ヨード剤(イソジン)：☐ない ☐ある
アトピー性皮膚炎：☐ない ☐ある 喘息：☐ない ☐ある(最終発作年齢 _____歳)

確認サイン 医師() 外来Ns.() 病棟Ns.()

<在宅療養>あてはまる箇所にチェックしてください

- ☐自己注射 ☐経管栄養 ☐中心静脈栄養 ☐人工換気 ☐気管切開
☐自己導尿 ☐在宅酸素 ☐ストーマ ☐腹膜還流 ☐その他()

<けいれん>あてはまる箇所にチェックしてください

- 熱性けいれん：☐ない ☐ある てんかん：☐ない ☐ある 最終発作： _____歳 _____ヶ月(_____年 _____月)

<お薬>あてはまる箇所にチェックしてください

- ・薬の管理はどなたですか？☐保護者管理☐本人管理
 - ・薬は飲めますか？☐飲める☐飲めない☐飲んだことがない
 - ・患者さんは薬効について理解できていますか？☐できている☐できていない
 - ・現在、処方されているお薬はありますか？☐ない☐ある
- ☐母子医療センター処方薬_____ ☐他院の処方薬_____

<生活パターン>平均的な一日の過ごし方をおしえてください

	食 事	睡 眠	そ の 他	
0 時				
1 時				
2 時				
3 時				
4 時				
5 時				
6 時				
7 時				
8 時				
9 時				
10時				
11時				
12時				
13時				
14時				
15時				
16時				
17時				
18時				
19時				
20時				
21時				
22時				
23時				

<寝るときの習慣>

☐ない ☐ある()

<食事>あてはまる箇所にチェックしてください

- ・食事内容：食事 回/日
☐普通食 ☐治療食 ☐離乳食 ☐ミルク
- ・離乳食の種類：☐お粥 ☐きざみ ☐ペースト ☐ミキサー
- ・ミルクについて：種類 _____
量 _____ ml/回 × _____ 回/日
- ・摂取方法：☐経口摂取 ☐経管栄養
(☐哺乳瓶 ☐専用乳首 ☐スプーン ☐はし ☐ストロー ☐コップ)

<排泄>あてはまる箇所にチェックしてください

- ・排泄：☐自立 ☐部分介助 ☐全介助
- ・おむつの使用：☐ない ☐ある 夜尿：☐ない ☐ある
- ・尿意・便意の訴え：☐ない ☐ある
- ・排尿に関しての特別な処置：☐ない ☐ある
- ・排便に関しての特別な処置：☐ない ☐ある
- ・排尿回数： _____ 回/日 排便回数 _____ 回/日
※女子のみお答えください
月経：☐ない ☐ある(初潮 _____ 歳、前回 _____ 月 _____ 日)

<発育・発達>乳幼児の方はお答えください

あやすと笑う： _____ ケ月 首がすわる： _____ ケ月 寝返り： _____ ケ月
お座り： _____ ケ月 発語： _____ ケ月 はいはい： _____ ケ月
つかまり立ち： _____ ケ月 一人歩き： _____ ケ月 歯が生える： _____ ケ月
その他きになるところ：

<今回の入院ついて>お子様に病気や入院について説明しましたか？ どのように説明していますか？

<今回の入院ついて>気づいたこと、気になることがありますか？ 何でもお書きください

<ご家族の連絡先と来院所要時間>

自宅TEL：_____ 来院に要する時間：☐車 ☐バス ☐電車 _____ 時間 _____ 分
自宅以外の緊急連絡先：TEL _____ 様方

<家族構成>

氏 名	続柄	年齢	生年月日	職業	同居の有無	健康状態	携帯番号
	父				有 無	良 否	
	母				有 無	良 否	
					有 無	良 否	
					有 無	良 否	
					有 無	良 否	

同室者・面会者 感染症問診票

西暦 年 月 日

患者さんのお名前 _____

あなたのお名前 _____

患者さんとの関係 _____

入院中の患者さんの中には、抵抗力が弱く病気(感染症)がうつると重症化するお子さんがおられます。感染症予防のため、以下の質問にお答えください。

面会当日に体調に変化がある場合はお申し出ください。

また、この質問票の結果で面会ができない場合があります。ご了承ください。

1. 本日の体調について下記の症状がある場合は✓印をつけてください

☐ なし

☐ 有り(有りの場合は症状に✓印をつけてください)

→ ☐ 熱 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ 体調不良 ☐ 発疹
☐ 下痢 ☐ 嘔吐(吐く) ☐ 眼脂(めやに) ☐ 眼の充血
☐ その他()

2. あなたのご家族の中で熱、咳、発疹、下痢、眼脂(めやに)などの症状がある人はいませんか？

☐ いない ☐ いる(症状: どなた:)

3. 下記の感染症疾患にかかっている人と1ヶ月以内に接触しましたか？

☐ なし

☐ 有り(有りの場合は疾患名に✓印をつけてください)

→ ☐ 麻疹(はしか) ☐ 水痘(みずぼうそう) ☐ 風疹
☐ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ☐ 手足口病 ☐ 感染性胃腸炎
☐ インフルエンザ ☐ 結膜炎 ☐ RSウイルス感染症
☐ その他()

※ 月 日頃接触 ☐ 家族 ☐ 保育・幼稚園、学校 ☐ 近所

★今後も面会時には、熱や咳などの症状がある場合、感染症疾患にかかっている場合などは面会前にお申し出ください。

看護師確認サイン()

院内感染防止対策委員会

同室者・面会者 感染症問診票

西暦 年 月 日

患者さんのお名前 _____

あなたのお名前 _____

患者さんとの関係 _____

入院中の患者さんの中には、抵抗力が弱く病気(感染症)がうつると重症化するお子さんがおられます。感染症予防のため、以下の質問にお答えください。

面会当日に体調に変化がある場合はお申し出ください。

また、この質問票の結果で面会ができない場合があります。ご了承ください。

1. 本日の体調について下記の症状がある場合は✓印をつけてください

☐ なし

☐ 有り(有りの場合は症状に✓印をつけてください)

→ ☐ 熱 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ 体調不良 ☐ 発疹
☐ 下痢 ☐ 嘔吐(吐く) ☐ 眼脂(めやに) ☐ 眼の充血
☐ その他()

2. あなたのご家族の中で熱、咳、発疹、下痢、眼脂(めやに)などの症状がある人はいますか？

☐ いない ☐ いる(症状: どなた:)

3. 下記の感染症疾患にかかっている人と1ヶ月以内に接触しましたか？

☐ なし

☐ 有り(有りの場合は疾患名に✓印をつけてください)

→ ☐ 麻疹(はしか) ☐ 水痘(みずぼうそう) ☐ 風疹
☐ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ☐ 手足口病 ☐ 感染性胃腸炎
☐ インフルエンザ ☐ 結膜炎 ☐ RSウイルス感染症
☐ その他()

※ 月 日頃接触 ☐ 家族 ☐ 保育・幼稚園、学校 ☐ 近所

★今後も面会時には、熱や咳などの症状がある場合、感染症疾患にかかっている場合などは面会前にお申し出ください。

看護師確認サイン()

院内感染防止対策委員会

病状・治療方針等の説明に関するお願いについて

病状・治療方針等の説明につきましては、患者さん・ご家族のみなさまのご都合と、病院スタッフの日程を調整し、日時を決定しておりますが、原則としまして、平日の午前9時から午後5時の時間帯で実施させていただきますので、ご理解・ご協力の程、よろしくお願いいたします。

患者さんの権利について

患者さんの権利を尊重し、以下のように行動します。

大阪母子医療センター

- ひとりの人間としてたいせつに接します。
- 安全で質の高い医療を提供します。
- 十分な説明と情報の提供を行い、理解して頂くよう努めます。
- 自由な意思によって治療を選ぶようにします。
- 個人の情報を守ります。

受診時に必要な情報や
お役立ち情報をお届けします



大阪母子医療センター
公式 LINE
スタート！



▲ お友だち登録してね！