

入院診療計画書

0001540087

(患者氏名)

殿

2013年02月19日

診療科名	整形外科
病棟（病室）	7B (763)
主治医以外の担当者	
病名 (他に考え得る病名)	腰部脊柱管狭窄症
症状	疼痛・しびれ／歩行障害／腰背部痛
治療計画	検査入院（脊髄造影検査＋CT検査）
検査内容及び日程	2013年02月20日 脊髄造影検査＋CT検査
手術内容及び日程	未定です。（検査後に相談しましょう）
推定される入院期間	3日
特別な栄養管理の必要性	無
その他の ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	不安なく、検査がスムーズに受けられるようその都度説明していきます。
在宅復帰支援担当者名	—
在宅復帰支援計画	—
総合的な機能評価	—

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

(主治医)

(担当看護師)

(本人・家族)



● 脊髄造影（ミエログラフィー）検査を受けられる患者様へ

様

1. 脊髄造影検査とは

脊髄造影検査とは、脊髄のくも膜下腔に造影剤を注入して脊髄、神経根の様子を調べる検査です。

脊髄神経は、背骨の後方の「脊柱管」という骨で囲まれた管の中を通っている細長いチューブのような組織で、周りを「硬膜」と「くも膜」という2枚の膜に包まれています。膜と脊髄の間（くも膜下腔）は「髄液」という液で満たされていて、脊髄神経はこの髄液の中で浮いている状態になっています。この髄液で満ちているくも膜下腔に造影剤を注入して、X線写真で脊髄本体やそこから枝分かれして出ている神経の枝（神経根）の姿を映し出す検査がミエログラフィーです。脊髄造影はMRI検査よりも脊髄神経、神経根の外観を詳細に見ることができます。例えば椎間板ヘルニアがどの神経根をどのあたりで圧迫しているか、脊柱管がどれくらい狭くなっているかなどはMRIよりも分かりやすいです。またCTを同時に撮影して、造影された脊髄の横断面の様子も同時に調べます。

2. 脊髄造影の検査の実施法

造影検査は新棟一階のX線検査室にある「X線透視台」という検査台の上で行います。検査前の昼食は抜き、検査に備えます。

1. 検査前に点滴を始めます。検査中に血圧の変動があったり、気分が悪くなったり、また万が一にでもショック症状が起こったりしたときなどに素早く薬を投与するためです。
2. まず横向きに寝て、背中をエビの様に丸く曲げ、造影剤を注入する針を刺入しやすい体勢をとります。背中中の皮膚を消毒し、局所麻酔をした後に針（ルンバール針といいます）を刺入します。
3. 針先がくも膜下腔に達しましたら、まず髄液を少量採取し、髄液の色、外観、その他髄液中の蛋白質や電解質、細胞数を調べます。
4. その後腰に刺した針から造影剤を注入します。（約10ml）
5. 造影剤を注入した後は針を抜き、X線で透視しながら脊髄や神経根の様子を写真にとります。そのとき透視台を立てたり寝させたり、患者さんに横向きになってもらったり、うつ伏せになってもらったり、また前にかがんでももらったり後へ体を反らしてもらったり、いろいろと姿勢を変えて写真をとります。
6. 撮影が終わりましたらベッドに移り移ってもらい、CTを撮影するためにCT検査室へ移動します。
7. 検査後、翌日の朝まではベット上で安静をとります。
8. 注射した造影剤はほぼ1日の間に体内で自然に分解吸収されるために体内には残りません。

3. 脊髄造影の検査の副作用、合併症

造影剤でアレルギー反応を起こすことがあります。以前に他の造影検査を行って調子が悪くなった経験のある方はあらかじめ医師にお申し出ください。また副作用としまして、髄膜刺激症状（頭痛等）、まれにショック症状、針を刺した腰の痛みが見られることがあります。数日間の安静でおさまります。まれに細菌感染を起こすことが知られていますが、清潔にして検査を行なっておりますので、これまでに問題は起こっておりません。副作用が生じた場合は、直ちにその治療を行います。

1. 放射線造影検査を受けられる患者さんへ

I D : 0001540087

カナ氏名:

氏名:

診療科: 整形外科

病棟:

検査予定日 2013年02月20日 14時00分

依頼医師氏名

造影検査名 D I P R P 子宮卵管 関節 脊髓腔 血管
 その他 ()

当日は予定時間の 30 分前までに、放射線部受付において下さい。
 造影検査を受ける方は、問診票・同意書に必要事項を記入し、
 予約票とあわせて必ず提出して下さい。

【注意していただくこと】



○ 造影検査の日時は、別紙の予約票をご確認下さい。

○ 検査内容や検査の進行状況によって予約時間が前後することもあります。

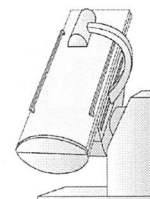
造影検査を受ける方は、

予約時間が午前の場合は 朝食を 摂らないで下さい。

予約時間が午後の場合は 昼食を

なお、水分制限を受けていない方は、少量の水分を飲んでもかまいません。

(牛乳は避けて下さい)



○ 造影剤使用の目的と副作用

造影剤により病変が明瞭になることで、その性質についてより詳しい情報を得ることが出来ます。また新たな病変が見つかったりすることがあります。

造影剤は副作用の発生頻度が低い薬ですが、吐き気・嘔吐・じん麻疹などの副作用が報告されています。

○ 造影剤は注射後しばらくして(数時間～数日)、かゆみ・吐き気・発疹・熱感などの症状が現れることがあります。もしも異常がおきた時は病院に電話をして主治医に相談するか、必要に応じてご来院下さい。

○ なお、水分制限をうけていない方は、造影剤をすみやかに排泄するために、検査終了後に水分を多めに摂取してください。

《予約等の変更について》

都合により来院できない場合、あるいは中止、予約の変更等が生じた場合は、速やかに
予約センターに連絡して下さい。 受付時間 平日 午後1時～4時

2. 造影CT 検査説明書・同意書

ID: 0001540087

カナ氏名: _____ ㇿ

氏名: _____

診療科: 整形外科 病棟: _____

検査予定日 _____ 日未定

依頼医師 _____

1. 造影CT 検査の目的と方法について

- ・造影CT 検査とはヨード造影剤を用いたCT 検査です。
- ・造影剤により病変が明瞭になることで、その性質についてより詳しい情報を得ることが出来ます。また新たな病変が見つかったりすることがあります。

2. 造影剤使用の副作用について

- ・最近の造影剤は改良されて副作用の頻度が低下し、その程度も軽くなっていますが、時として副作用の症状が出る場合があります。
- ・以前にヨード造影剤を使用して問題が無かった人でも症状が出現したり、前回のヨード造影剤で過敏症があった方は更に重い副作用が出現することが考えられます。
- ・副作用の頻度が高い原因がいくつか知られていますが、これらに関しては問診などの時に主治医へ、または検査の時に放射線科医へお尋ね下さい。
- ・造影剤を急速に注入するため、十分に注意しても血管外に造影剤がもれることがあります。

3. 副作用の症状については、下記のものがあります。(発生頻度は通常使用の場合です)。

- 1) 吐き気・嘔吐・じん麻疹 など (軽度のもの 100 人に一人以下)
- 2) 血圧低下・呼吸困難・ショック など (入院が必要なもの 2 万 5 千人に一人程度)
- 3) これらが原因で死に至る場合 (高度なもの 40 万人に一人程度)
- 4) 上記の他、腎機能に異常がある場合に起こりやすい副作用として造影剤腎症が知られています。造影剤の使用がきっかけとなり透析導入となる場合もあります。ご自身の腎機能に関してご確認ください。

こうした合併症は予想不可能であり、避けようがありません。万一こうした合併症が出現した場合は、当院の医師やスタッフが迅速かつ最良な処置を行います。

私は造影CT 検査について十分に説明を受け、検査の目的や方法、及び造影剤の副作用などについて理解しましたので、この検査を受けることに同意します。

署名日 2013 年 2 月 14 日

署名 _____ (本人または代理人) 続柄 本人

3. 造影CT 検査問診票

ID: 0001540087

カナ氏名: _____

氏名: _____

診療科: 整形外科 病棟: _____

検査予定日 日未定

依頼医師 _____

★造影剤を用いた検査を安全に行うために、副作用に備えて 次の質問にお答え下さい。

- | | |
|--|--|
| 1. 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |
| 2. ペースメーカーの埋め込みがありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |
| 3. 以前に造影CT 検査を受けたことがありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |
| 4. 以前にCT・MR 検査で造影剤を用いて副作用が起きたことがありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |
| 5. 他の薬や注射で副作用が起きたことがありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |
| 6. 気管支喘息で治療中、または過去に治療をしていたことがありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |
| 7. 不整脈と言われたことがありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |
| 8. 腎機能が悪いと言われたことがありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |
| 9. 糖尿病と言われたことがありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |
| 10. 以前に手術されたことがありますか？ | 有 ・ ☒ 無 |

有 を選ばれた方は、下記に具体的にお書き下さい。

- | | |
|-----------------------|--|
| 11. 今までに大きな病気をされましたか？ | 有 ・ ☒ 無 |
|-----------------------|--|

有 を選ばれた方は下記に具体的にお書き下さい。

※ 造影剤を使用した検査回数に関係なく、副作用は起こる可能性がありますので、以前に造影検査をした方も記入して下さい。

2. 放射線造影検査説明書・同意書

1 D : 0001540087

カナ氏名:

氏名:

診療科: 整形外科

病棟:

検査予定日 2013年02月20日 14時00分

依頼医師氏名

造影検査名 D I P R P 子宮卵管 関節 (脊髄腔) 血管

その他 ()

過去の造影検査 有 ・ 無

○ 造影検査の目的と方法について

造影検査とは、ヨード造影剤を用いた検査です。

これにより病変が明確になりその病変の性質についてより詳しい情報を得ることが出来ます。
また、新たな病変が見つかることもあります。

○ 造影剤使用の副作用について

- ・ 最近の造影剤は改良され副作用の頻度が低下しその程度も軽くなっていますが、時として副作用の症状が出る場合があります。
- ・ 以前にヨード造影剤を使用して問題がなかった人でも症状が起こることがあります。前回のヨード造影剤で過敏症があった方はさらに重い副作用が起こることが考えられます。
- ・ 副作用の頻度が高い原因もいくつか知らされており、これらに関しては問診などの時に主治医または検査の時に放射線科医師にお聞き下さい。
- ・ 造影剤を注入するときに、十分に注意しても血管外に造影剤がもれることがあります。

○ 副作用の症状として下記のものがあります（発生頻度は通常使用の場合です）

- 1) 吐き気・嘔吐・じん麻疹 など (軽度のもの 100人に一人以下)
- 2) 血圧低下・呼吸困難・ショック など (入院が必要なもの 2万5千人に一人程度)
- 3) これらが原因で死に至る場合 (高度なもの 40万人に一人程度)

こうした合併症は予想不可能であり避けようがありませんが、万一こうして合併症が起こった場合は、当院の医師やスタッフが迅速に最良かつ適切な処置を行います。

私は放射線造影検査について十分に説明を受け、検査の目的や方法、及び造影剤の副作用などについて理解しましたので、この検査を受けることに同意します。

署名日 2013年 2月 20日

署名 (本人または代理人) 続柄 本人

3. 放射線造影検査問診票

1 D : 0001540087

カナ氏名:

氏名:

診療科: 整形外科 病棟:

検査予定日 2013年02月20日 14時00分

依頼医師氏名

造影検査名 D I P R P 子宮卵管 関節 脊髄腔 血管
その他 ()

★ 造影剤を用いた検査を安全に行うために、副作用に備えて 次の質問にお答え下さい。

1. 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？ 有・☒無
2. 以前に造影検査を受けたことがありますか？ 有・☒無
3. 以前に造影剤を用いて副作用が起きたことがありますか？ 有・☒無
4. 他の薬や注射で副作用が起きたことがありますか？ 有・☒無
5. 気管支喘息で治療していますか、過去にしていたことがありますか？ 有・☒無
6. 不整脈と言われたことがありますか？ 有・☒無
7. 腎機能が悪いと言われたことがありますか？ 有・☒無
8. 糖尿病と言われたことがありますか？ 有・☒無
9. 今までに手術を受けたことがありますか？ 有・☒無
ありましたら具体的にお書き下さい。

-
10. 今までに大きな病気をされたことがありますか？ 有・☒無
ありましたら具体的にお書き下さい。
-

※ 造影剤を使用した検査回数に関係なく、副作用は起こる可能性がありますので
以前に造影検査をした方も記入して下さい。

1. MR 検査を受けられる患者さんへ

ID: 0001540087

カナ氏名: _____

氏名: 三

診療科: 整形外科

病棟: _____

検査予定日 2013 年 02 月 14 日 13 時 30 分

依頼医師

検査部位 頭部・頸部・胸部・乳房・腹部・骨盤・心臓・血管・脊椎・四肢・関節・腫瘍造影剤使用 有 ・ 無

照会

当日は予定時間の 30 分前までに 放射線部受付においで下さい。

同意書・問診票に必要事項を記入し、予約票とあわせて必ず提出して下さい。

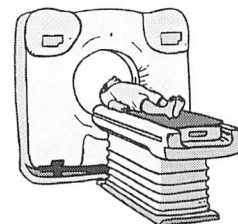
《気をつけていただくこと》

- ・ 検査に要する時間は 15 分～50 分です。
- ・ 検査内容や検査の進行状況によって予定時間が前後することもあります。
- ・ 腹部・骨盤の検査を受ける方は、予定時間の 6 時間前から食事、水分を取らないで下さい。
なお服薬、注射のある方は主治医と相談して下さい。
- ・ 乳幼児の検査は、主治医の指示に従って下さい。(静脈確保などの前処置のため)
- ・ 検査室に入る際は、重大な事故に繋がることがありますので、次の事項に注意して下さい。
 - 1) カード類、時計、アクセサリ、補聴器、入れ歯、その他の金属類は一切持込めません。
 - 2) 入れ墨は発熱や変色などが起こることがあります。
 - 3) エレキバン、ホッカイロなどは、必ずはずして下さい。
 - 4) 金属粉の入っている化粧はつけないで下さい。(ラメ、アイシャドウ、マニキュアなど)



《造影 MR 検査を受けられる方へ》

- ・ 造影剤を用いる検査を受けられる方は、予定時間の 6 時間前から食事、水分を取らないで下さい。なお服薬、注射のある方は主治医と相談して下さい。
- ・ まれに造影剤注射後しばらくして(数時間～数日)、かゆみ・吐き気・発疹・熱感などの症状が現れることがあります。もしも異常が起きた場合は病院に電話して主治医に相談するか、必要に応じて来院下さい。
- ・ 水分制限を受けていない方は造影剤を速やかに排泄するために、
検査終了後に水分を多めに摂取して下さい。



《予約等の変更について》

- ・ 都合により来院できない場合、あるいは中止、予約の変更等が生じた場合は、速やかに予約センターに連絡して下さい。受付時間 平日 午後 1 時～4 時
- ・ 予約が大変混雑しご迷惑をおかけしています。予約の変更があった場合、ご希望に添えないことがありますので、ご理解、ご協力をお願いいたします。

1. CT 検査を受けられる患者さんへ

ID: 0001540087

カナ氏名：

氏名：

診療科：整形外科 病棟：

検査予定日 日未定

依頼医師

検査部位 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・心臓・血管・脊椎・四肢

造影剤使用 有 ・ 無

当日は予定時間の 30 分前までに、放射線部受付においで下さい。
造影 CT 検査を受ける方は、問診票・同意書に必要事項を記入し、
予約票とあわせて必ず提出して下さい。



《CT 検査を受けることができない方》

胎児の X 線被ばく防止のため、妊娠中または妊娠の可能性のある方は、原則としてこの検査を受けることができません。主治医または検査担当者にご相談ください。

《CT 検査を受けられる方へ》

- ・ 検査に要する時間は 15 分～30 分です。
- ・ 検査内容や検査の進行状況によって予約時間が前後することもあります。
- ・ 腹部の CT 検査を受ける方は、

予約時間が午前の場合 朝食 を摂らないで下さい。
予約時間が午後の場合 昼食

水分制限を受けていない方は、検査直前まで飲水はしてもかまいません(牛乳は避けて下さい)。

- ・ 乳幼児の CT 検査は、主治医の指示に従って下さい。(静脈の確保など 前処置のため)

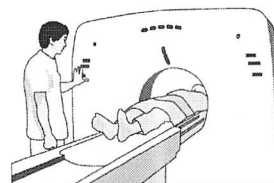
《造影 CT 検査を受けられる方へ》

- ・ 予約時間が午前の場合 朝食 を摂らないで下さい(嘔吐を防ぐため)。
予約時間が午後の場合 昼食

ただし、検査直前まで飲水はしてもかまいません(牛乳は避けて下さい)。

- ・ 造影剤は注射後しばらくして(数時間～数日)、かゆみ・吐き気・発疹・熱感などの症状が現れることがあります。もしも異常が起きた場合は病院に電話して主治医に相談するか、必要に応じてご来院下さい。

- ・ 水分制限を受けていない方は、造影剤を速やかに排泄するために、検査終了後に水分を多めに摂取して下さい。



《予約等の変更について》

- ・ 都合により来院できない場合、あるいは中止、予約の変更等が生じた場合は、速やかに予約センターに連絡して下さい。 受付時間 平日 午後 1 時～4 時
- ・ 予約が大変混雑しご迷惑をおかけしています。予約の変更があった場合、ご希望に添えないことがありますので、ご理解、ご協力をお願いいたします。

インフォームド・コンセント記録

様式 2

No. _____

検査・治療・手術などについての説明

ID : 0001540087

カナ氏名 _____

1 検査・治療・手術名

氏名 : 三

生年月日 : 1934/05/07

_____ 脊髄造影検査 + CT 検査

性別 : 男性

2 内容・必要性について

脊柱管狭窄の部位と程度の確認のため、背中から針を刺して脊柱管に造影剤を入れて検査をします。

検査は透視室で行います。横向きになって背中から針を刺します。造影剤を入れた後にベッド上で動いてもらい、いろいろな角度からレントゲン写真を撮影します。その後 CT を施行します。

3 危険性・合併症などについて

麻酔薬、造影剤による副作用（ショック、頭痛、じんま疹等）が起こることがあります。また神経のすぐ近くまで針を進めるので、神経に針が当たりしびれや疼痛などの症状が強くなることがあります。

針を刺すのでその部分から感染する可能性があります。

また硬膜に穴が開くので検査後急に起きると頭痛が起こることがあります。

平成 25 年 2 月 14 日

整形外科 医師

上記のとおり説明を受けました。

検査・治療・手術を受けることに ☒ 1 同意します。 ☐ 2 同意しません。
(理由)

平成 25 年 2 月 19 日

患者氏名(署名)

1) _____

2) _____

(続柄)

妻

手術（検査）を受けられる方へ

1, 入院日 2 月 19 日 火 曜日

手術日（検査日）2 月 20 日 水 曜日 です。

1 階受付カウンター、2 番入退院係に 10 時までにお越しください。

都合が悪くなってしまった場合は事前に主治医または整形外科外来へご連絡ください。

電話 055-253-7111（整形外科外来）

個室を希望される方はお申し出ください。なお、入院後、他の患者さんの病状により、譲っていただく場合もございます。都合によりこちらから個室への入院をお願いする場合もございます。ご了承ください。

入院中は駐車場にお車を止めておくことはできません。お車には乗って来ないようにお願いします。

2, 手術（検査）前に用意していただくもの

①入院時の持ち物は 7 B 病棟の「入院のしおり」をご参照ください。

②今まで飲んでいる内服薬を入院時お持ちください。その時、お薬の説明書・お薬手帳も一緒にお持ちください。

* 血液サラサラのお薬を、お飲みの方は「手術のための休薬のお知らせ」の別紙で詳しく説明します。

3, 手術（検査）を受けるにあたってのお願い

①入院当日全身麻酔予定の場合は麻酔科医の診察があります。

②主治医より、再度手術の説明があります（外来で説明を受けるばあいもあります）。

③ひげそり、化粧、マニキュアはおとし、手足の爪は短く切ってください

また、指輪は外してください

④たばこは気管支を刺激し、咳・痰を多くします。また、痛みを増強するため、手術の 1 ヶ月前から中止してください。

⑤入院当日、体を清潔にするために入浴又はシャワーに入ってください。入浴できないかたは体をタオルで拭かせていただきます。

⑥午後 9 時以降は飲んだり、食べたりできません。夜、眠れないときは看護師に声をかけてください。

整形外科外来

＜手術を受けられる患者の皆様へ＞

手術前におけるHIV（エイズウイルス）検査についてお願い

手術を受けられる患者さんの術前検査として、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス等の感染症に関する検査は、現在、どの病院においても実施され、患者さんの治療面だけでなく、手術にかかわる医療従事者の感染防止にも大きく役立っております。

エイズ（後天性免疫不全症候群）については、皆様もすでに良くご存じのことと思います。このエイズの原因となるのが、エイズウイルス（HIV）で、血液や分泌物に接した時に感染することがありますが、日常生活の中では、性行為を除けば簡単に感染しません。しかし、手術などの医療行為の中では、血液や分泌物を取り扱うことがあり、このような場合には、他の人に感染することがありますので、これを防ぎたいのです。

このため、本県におきましても、今後、手術を受けられる患者さんの術前検査として、少量の血液を採取し、HIV検査を実施させていただくこととなりました。

ただ、このHIV検査は、患者さんの同意を得て行うこととされています。

同意していただける場合には、別紙の同意書にご署名をお願いいたします。

なお、検査結果につきましては、医療従事者には、法律で決められた守秘義務がありますので、外部に漏れる心配は全くありません。

必要に応じて、専門医や医療相談担当者（ケースワーカー）が、適切な指導・相談に応じます。

県立中央病院

整形外科へ入院する患者様へのご協力とお願い

当院は急性期病院の役割を担っており、整形外科も急性期の患者様を受け入れ、その治療にあたっています。

簡単に言い換えると手術や治療の必要な患者様に入院していただき、治療が一段落した際には、退院後、外来通院をしていただくか、継続するリハビリテーションが必要な患者様は、リハビリテーション病院への転院をしていただくことを病院の方針としています。どうか当院の治療方針をご理解の上、ご協力お願い申し上げます。

なお、リハビリテーション病院への転院につきましては、病院のご紹介も含め、ご希望のある病院にご紹介させていただきます。

わからないことやご不明な点がございましたら、入院病棟看護師、または主治医にご相談ください。

リハビリテーション病院の詳しい内容を知りたい方は、当院地域連携センターでもご説明、ご案内をしておりますので、ご相談ください。

県立中央病院

整形外科

入院のしおり

7B病棟

あなたのお部屋番号は_____号室です。

主治医は_____先生です。

受け持ち看護師は_____です。

1. 日課

消灯 午後9時30分になりましたら部屋の電気が消えます。

*** 食事時間** 朝食8時 昼食12時 夕食18時です。

2. 回診

整形外科

・月、水曜日に9時40分頃より行いますので、ベッドでお待ち下さい。

・火、木、土、日曜日はガーゼ交換のある方のみ行います。

形成外科

・11 時頃になります。時間が変わる場合もあります。

3. 食事

・8時、12時、18時に配膳に回ります。

・デイルームで食事をされる方は前もって看護師に伝えて下

さい。

- ・配膳は職員が行います。
- ・配膳後食事ができるように、看護師が伺いますのでご安心下さい。

※個室から回りますので多少時間がかかりますがご了承下さい。

- ・食事が済みましたら動ける方は、配膳車まで下膳をお願いします。
- ・動けない方は職員が行いますので、食事が終わりましたらそのままお待ち下さい。
- ・お茶は配膳時間前に配ります。食事時間以外にお湯の希望がある方は、看護師に相談して下さい。
- ・食事制限の方も入院しています。部屋での飲食は病院食以外できるだけご遠慮下さい。または、デイルームを活用して下さい。

4. 薬

- ・飲み薬がご自分で内服できない方は看護師が配ります。
- ・薬が変更になった場合はあらかじめ説明しますが、わからない事がありましたらいつでもお尋ね下さい。

- ・退院が近くなりましたらご自分で管理していただく事もあります。
- ・飲み薬や坐薬など外来や他の病院で頂いているものについては、必ず看護師にお知らせ下さい。薬局でもらう説明表をできれば持参して下さい。

5. ナースコール

- ・各ベッドに備え付けてあるナースコールは押すと看護室につながります。
- ・用事がある時は遠慮なくブザーを押して下さい。
- ・21時30分～6時は直接応答しませんがお部屋に伺いますのでお待ち下さい。

6. 巡視

- ・0時、2時、4時を目安に巡視します。

7. 外出・外泊

- ・やむを得ない事情がある場合は外出・外泊が出来ますが医師の許可が必要となりますので早めに申し出てください。
- ・外出、外泊中の飲み薬が忘れずにお持ち下さい。

8. 面会

- ・ 14時～20時までです。状態に応じてデイルームも利用できます。日曜、平日ともに同様です。
- ・ 時間外の面会はデイルームでお願いします。また、大勢での面会、小さいお子様連れの面会は患者様の治療・処置・安静の妨げになりますのでご遠慮下さい。
- ・ 病室への出入りの際は、入り口にある手指消毒剤を使用して下さい。

9. 電話に取り次ぎ

- ・ 緊急時のみとさせていただきます。
- ・ 電話をかける時はエレベーター近くの公衆電話をご利用下さい。個室の場合に限り、部屋に設置された電話をテレビカードで使用できます。
- ・ 病院内での携帯電話使用可能区域ができました。携帯電話の使用は決められた場所以外ではご使用をしないで下さい。

**1階：正面玄関出口右側・救急出口・東側出口、外来看護
師控え室入口・薬渡し口西側非常口周辺**

2階：外来西側周辺（医局、看護更衣室の入口周辺）、図書館西側周辺

3階：中央手術室、集中治療室前廊下、レストランとその周辺、デイルーム前

4階：血液浄化センター、リハビリテーション科前廊下

3階以上の病棟：エレベーターホール（デイルームを除く）、個室の病室（医師の許可を得ること）、緩和ケア病棟

*** 携帯電話使用の際の注意事項 ***

- ・ 使用可能区域、使用制限区域以外は必ず電源をお切り下さい。
- ・ 院内は使用禁止区域を除き、マナーモード設定としてください。
- ・ 使用可能区域でも、大きな声・長電話等、周囲に迷惑をかけないようにしてください。
- ・ 医療機器を使用している患者は、使用しないでください。
- ・ 医療機器を使用している患者には近づかないでください。

10. シーツ交換

- ・ シーツ交換は週に1回、木曜日に行います。
- ・ シーツ交換の放送が入りましたらベッドから移動できる方が

**デイルーム等でお待ち下さい。交換時は。私物をできるだけ
ベッド上に置かないようにご協力をお願いします。また、交
換日以外でも汚れた場合が、適宜交換します。**

11. 病衣

**希望の方には病衣を貸し出しています(1日44円)。交換
は業者が直接お部屋にお届けします。(10月～6月は火・
金曜日、7月～9月は火・木・土曜日)**

12. 洗濯

**ご自宅で洗濯ができない方は、9階エレベーター向かいに
洗濯機・乾燥機があります。有料となっていますので、硬貨
またはテレビカードが使えます。洗剤は備え付けではありま
せんので、購入して下さい。**

13. 入浴・シャワー

- ・ 医師の許可が必要です。**
- ・ 利用時間は6時～21時です。**
- ・ お一人での入浴やシャワーができない方について、時間や
方法については受け持ち看護師にご相談ください。**

- ・ 浴室で具合が悪くなった時はナースコールでお知らせください。
- ・ 入浴、シャワーは予約制になっています。浴室前に予約表がありますので、希望の時間がありましたら、看護師に伝えて下さい。

14. トイレ

- ・ 備え付きの紙以外は使用しないで下さい。
- ・ 具合が悪くなった方はナースコールを押して下さい。
- ・ 車椅子用のトイレの電気は、入ると点灯します。

15. 喫煙

病院敷地内は終日禁煙となっています。ご理解とご協力をお願いします。

16. お部屋

治療上お部屋を交換していただくことがあります。ご協力をお願いします。

17. 付き添い

付き添い願いを提出した方に限ります。寝具は病棟で用意致します。(1日150円)

18. その他

- ・ お部屋には鍵がかかりませんので、貴重品は床頭台の金庫を利用して下さい。退院の際は鍵を必ず元の場所に置いてお帰り下さい。**
- ・ 21時30分の消灯後は、病棟を離れないで下さい**
- ・ 電気器具 (ポット・電気毛布・パソコン等) の使用はご遠慮下さい。**
- ・ 診断書については入院中に発行できるものとできないものがあります。また書類記入に時間がかかりますのでご了承下さい。診断書希望の方は平日に3番窓口で申し込んで下さい。**
- ・ 退院のお会計には保険証が必要となります。**
- ・ テレビカードはデイルームの自動販売機で購入して下さい。退院時テレビカードの残りは1階にテレビカード精算機がありますのでご利用下さい。**
- ・ テレビ、ラジオはイヤホンをご利用下さい。イヤホンは4階、6階のデイルームまたは売店で販売しています。**

- ・ **患者様用図書室が9階あります。ご利用下さい。**

開館：月～土曜日（日・祭・年末年始を除く） 13時～16時

木・土曜日は各階デイルームへ移動図書を行います。

冊数/期間：1人5冊/7日間

返却：図書室へお願いします。直接返却できない場合は、看護室でお預かりします。

19. 非常時の対応

- ・ **地震時は免震構造となっていますので、ご安心下さい。**
- ・ **災害時には、誘導灯または看護師の指示に従って下さい。**
また、非常時はエレベーターが使用できませんので、階段を利用して下さい。
- ・ **非常口は病棟の入口方向（東側）と西側にあります。入院時に確認をしておいて下さい。**

20. 駐車場

入院患者様に病院駐車場利用をお断りしております。ご家族の送迎、もしくは公共機関でのご来院をお願いします。（やむを得ない理由により入院中、病院駐車場を利用される場合は1日4800円の駐車場代がかかることをご了承くださ

い。)また、ご家族の駐車料金無料対象は、入退院日、手術日、検査日(ミエロ)、医師からのIC日、栄養・服薬指導日、付き添い願いを提出している方となります。

私ども看護師は、患者様一人一人が、よりよい入院生活を送って頂き1日も早く回復されることを願っています。また患者様のプライバシーを尊重することを心がけております。

入院生活において、ご不自由な事、お気づきの点、わからない事等ございましたら、いつでも遠慮なさらずにお申し出ください。

尚、患者様・ご家族の方々の看護師・医療スタッフへのお心遣いはなさいませんように、かたくお願いいたします。

7B看護師一同

入院時に準備していただきたい生活用品

* バスタオル タオル 下着 パジャマ (病院の病衣の貸し出しもあります。1日44円)

* 歩きやすい靴(必要時スリッパ)

* 箸 スプーン 湯のみ コップ ストロー 必要時吸い飲み

* ティッシュペーパー ウェットティッシュ

* 洗面用具(歯ブラシ 歯磨き粉 洗顔料) 電気髭剃り

* シャンプー リンス ボディソープ 汚れ物を入れる袋

* 必要に応じてオムツ 尿取りパッド カット綿 時計 ビニール袋

~~* T字帯 (全身麻酔・腰椎麻酔で手術をされる方)~~

~~* はさみなど危険なものは持ってこないでください。~~

緊急入院で準備出来ない場合は、一時お貸し致します。準備が出来ましたら、返却をお願いします。

* 売店もあります。ご利用下さい。

医療事故防止へのご協力のお願い

患者さん・ご家族の皆様へ

私たちは、医療事故を防ぐために日々努力しています。患者さん・ご家族の皆様にも事故防止に是非ご協力ください。

次の点でご協力をお願いします。

- 点滴注射や輸血の時には、看護師と一緒に名前・血液型の確認をお願いします。
- 内服薬については、飲まれる前に必ず名前をご確認下さい。
- 移動されるとき、床頭台やオーバーテーブルにつかまってしまう移動は危険ですので、つかまって移動しないようにしてください。
- 履き物はできるだけ滑りにくいものをご用意ください。
- ベッドの周囲は整理・整頓をお願いします。
- 食事が配膳されましたら、食札のお名前をご確認ください。

宜しくお願いいたします。

県立中央病院
看護部