

入院のご案内



医療法人社団 整形外科 井上病院

〒860-0816 熊本県熊本市中央区本荘町644

TEL 096-364-5511

FAX 096-372-1202

井上病院の理念

患者さんが生き生きとできる医療を提供し地域社会に貢献する

～癒す力は内にあり～

患者さんの権利と責務

私たちは当院の基本理念に基づき、患者さんの権利を尊重します。

また、より良い医療を実践するため、患者さんの責務についてご理解をお願い致します。

患者さんの権利

1. 良質の医療を受ける権利
2. 検査・治療・経過について十分な説明を受け、情報を得る権利
3. 検査・治療について自己の意思に基づき選択・拒否する権利
4. 個人情報を守られ、プライバシーが守られる権利
5. 自分の受けた診療に関する情報の提供を受ける権利

患者さんの責務

1. 健康に関する情報を正確に提供する責務
2. 健康状態を理解し治療に積極的に協力する責務
3. 全ての患者さんが平等に適切な医療を受けられるよう、他の患者さんや病院職員に配慮する責務

1)入院時の必要物品



健康保険証(労災・生保の方はそれぞれ所定の証明書)

※事故・労災でも保険証の提示をお願いする場合がありますのでご持参下さい。

介護保険証(お持ちの方のみ)

その他医療証(お持ちの方は全てご持参ください)

入院申込書(「入院手続き」のページにPDFファイルあり。)

洗面用具(タオル、バスタオル、洗面器、歯ブラシ、石鹸、シャンプー、洗濯する方は洗剤も)

※男性の方は髭剃りも忘れずに！！

食事時使用する物(箸、スプーン、フォーク、プラスチックコップ)

※陶器類の湯飲みは、割れたりする恐れがある為、持ちこまないで下さい。

普段着(運動しやすい服・パジャマ・下着)

運動靴(必要であれば靴べら)

※入院中は、転倒防止のため運動靴の使用を勧めております。スリッパ、クロックスの持ち込みは禁止しております。

ティッシュ

ゴミ箱

イヤホン(個室の方は不要。)

アイスバッグ(必要な方のみ。)

現在治療中の内服薬、外用薬、(他の病院も含む) お持ちの方はお薬手帳

**※当院では処方できない薬もありますので、内服薬、インシュリン注射、吸入剤、点眼薬など入院期間分を
かかりつけ医より、処方してもらっておいて下さい。**

ゼスタッククリーム(当院通院中の方のみ)

ベッドより起き上がれない患者様は紙おむつ

義歯(入れ歯)ケース(入れ歯がある方)

【手術を受けられる方】

手術承諾書

浴衣(レンタル210円/日)

【ギプス固定されている方】(入浴の際に必要です)

ビニール袋(ゴミ袋)

ビニールテープ

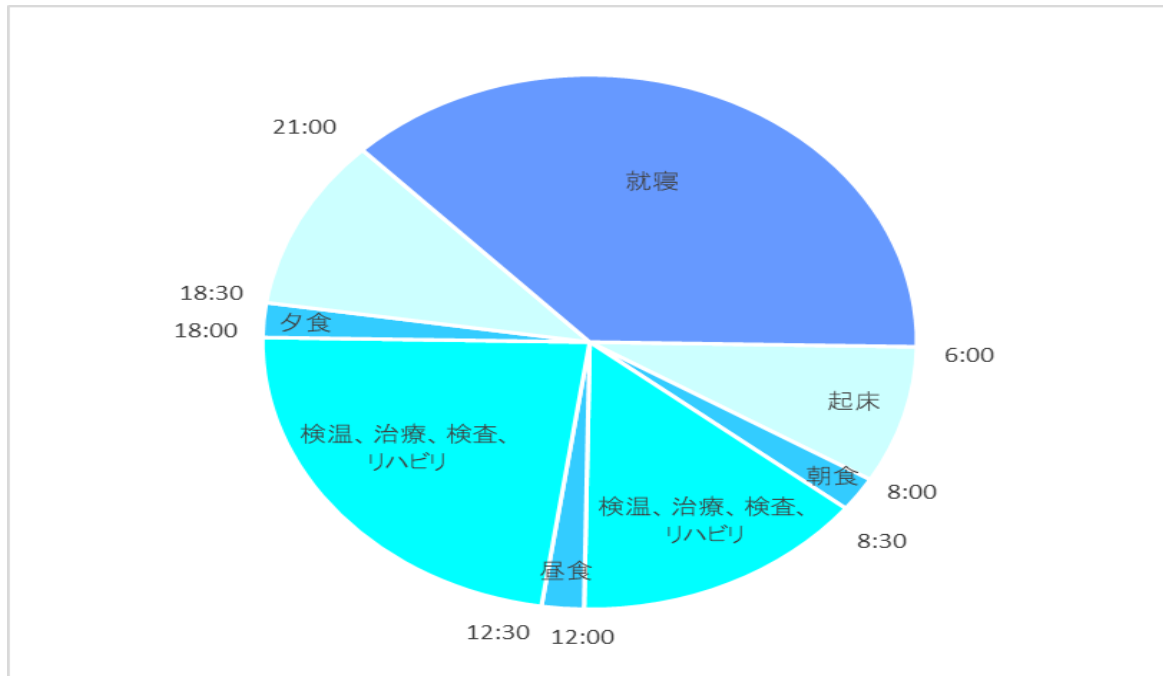
* 注意事項 *

入院前に風邪症状(インフルエンザ)、胃腸炎症状、体調不良等ありましたら前日までにご相談下さい。

ネイル(ジェルネイル)、マニキュアは、入院前に取り除いておいて下さい。

2)入院中の生活について

1日の主な流れ



❁面会時間 10時～20時

3)入院生活の主なご案内

食事

- 主治医、内科医の指示により症状に合わせた食事をご案内いたします。食事療養も治療の一環となります。病院から提供させて頂く食事をお召し上がり下さい。

飲食物の持ち込みを禁止させて頂いております。お見舞い品等の飲食もご遠慮下さい。

また主治医の指示がない限り食事を止めることはできません。

- 身体機能に合わせて食事量、硬さ、形状など工夫しておりますが、不都合があった場合は看護師へご相談下さい。

- 配膳時間

朝食 8時 昼食 12時 夕食 18時

食事は病室または病状に合わせて1F井上亭(食堂)をご案内致します。

食事後は職員が下膳に参ります。

- 月に2度季節に合わせた行事食があります。

お楽しみ下さい。



テレビ

- 全ての病室(ベッド)に完備しております。
- 個室以外での視聴にはイヤホンをご利用下さい。
- テレビカードをご購入下さい。(1枚1000円/約19時間半)

冷蔵庫

- 全ての病室(ベッド)に完備しております。
- ご使用にはテレビカードの購入が必要です。

※テレビカードについて

テレビ視聴と冷蔵庫使用についてはテレビカードのご購入が必要です。(テレビ・冷蔵庫の共通カードです。)

2F、3Fに販売機がございます。

1枚1000円 1170度数 テレビ視聴のみで約19時間半

冷蔵庫使用のみで約10日間(1日117度(100円分)使用)

1枚でテレビ、冷蔵庫どちらも使用可能です。それぞれ使用分の度数が引かれます。

洗濯

- コインランドリー(3F)をご利用下さい。
洗濯機 200円/回
乾燥機 100円/15分
※洗剤はご持参下さい。
- 入院セット(レンタル)もあります。

入浴

- 病状に合わせてシャワー室(2F)、藤の湯(1F)をご案内致します。
- 患者様が安心して入浴(シャワー浴)ができるよう安全対策に努めております。
入浴当日の朝に入浴時間をお伝えに参ります。
- 入浴が出来ない日には温かいタオルでの清拭を行います。

セーフティーボックス

- 貴重品はセーフティーボックスをご利用下さい。
ご利用にならない場合も含め、鍵の管理は患者様、ご家族の方をお願いしております。
紛失された場合は鍵代を負担して頂くこととなります。退院時には必ずご返却下さい。
- 盗難・貴重品の紛失につきましては、責任を負いませんのでご了承下さい。

インターネット

Wi-Fiを設置しております。
パスワードは院内掲示にてご確認ください。

給湯

各病棟に給湯器を設置しております。
運転時間 6時～21時

薬剤管理について

- 当院では薬剤師が常駐しており、患者様のお薬について管理しております
お薬についてのご質問・ご相談があればお気軽にご相談下さい。
- 入院中は主治医の指示以外での他医療機関の受診はできません。服用中のお薬は入院に必要な日数分の持参をお願い致します。(入院前に事前にご準備下さい。)

散歩・外出・外泊について

- リハビリの一環として主治医の許可があった患者様は院外散歩を勧めております。
6時～17時の間に病状に合わせた時間、散歩に行かれて下さい。
- 外出や外泊は主治医の許可が必要です。また外出・外泊届用紙にご記入・押印が必要です。
- 出院、帰院の際は必ず各ナースステーションへお声掛け下さい。

起床(点灯)・就寝(消灯)について

起床(点灯)時間 6時 就寝(消灯)時間 21時

起床前、消灯後の通話や電子機器(テレビ・ラジオ・髭剃り・ドライヤー等)の使用は他の患者様のご迷惑となりますのでお控え下さい。

禁止事項について

- ❌ 布団や毛布などの寝具の持ち込みは禁止しております。大きなぬいぐるみやクッション等の持ち込みもご遠慮下さい。
- ❌ 病院敷地内は終日全面禁煙です。入院中の喫煙はできませんのでご了承下さい。
禁煙パイポ等の使用もできません。
- ❌ 入院中の飲酒は厳禁です。院内または院外での飲酒(外泊中も含みます)は発見次第、退院とさせていただきます。ノンアルコール飲料も同等の取り扱いとさせていただきます。
- ❌ 病院内は撮影禁止です。携帯電話やタブレット等での撮影もご遠慮下さい。
- ❌ 安全管理のためハサミやライターの持ち込みは禁止しております。
- ❌ 病室内での電熱器、その他一切の火器類のご使用は固くお断り致します。

その他

- ✿ 緊急入院・治療および看護の必要から、やむを得ず病室を変わって頂くこともありますのでご協力をお願い致します。
 - ✿ 療養中、心理的・社会的・経済的問題でお困りの方は、看護師、ソーシャルワーカーまでご相談下さい。
 - ✿ 退院時のお心遣いは一切遠慮させていただきます。
 - ✿ 事故防止のため、当院では、患者様のお名前をベッドネーム・病室に表記させて頂いております。不都合な場合は、看護師までお申し出下さい。
 - ✿ 面会や電話の取り次ぎを制限される方は、看護師までお申し出下さい。
 - ✿ 当院に売店はございません。
 - ✿ 当院では両替は行っておりません。あらかじめご準備をお願い致します。
 - ✿ 当院は入院中の患者様の駐車場のご利用は原則ご遠慮頂いております。
 - ✿ 付き添い入院をご希望される方(原則 交代なし、1名のみ)
 - 付き添い者用 寝具 1日 ￥160 (持ち込みは禁止させて頂いております。)
 - 付き添い者用 食事 朝食 ￥300 昼食 ￥500 夕食 ￥500
 - 駐車場(1台限り 無料)
- ※料金は入院費とあわせてご請求致します。

入院中、不明な点・お気付きの点がございましたら、お気軽に職員へお申し出下さい。

PCR検査のお願い

当院では、新型コロナウイルス感染症対策として、県外よりご入院される方へご入院前のPCR検査をお願いしております。下記の内容をご確認いただき、検査のご協力をお願い致します。

1.対象

入院される患者様ご本人、およびご来院される全ての方(ご入院当日病院に出入りされる方)

2.検査日

ご入院の3日前

※ご入院が18日の場合15日に検査実施



3.結果

ご入院前までに検査結果を当院までご連絡下さい。

(ご入院前までに検査結果が出ない場合には当院までご連絡下さい。)

整形外科井上病院

〒860-0816

熊本県熊本市中央区本荘町644

電話:096-364-5511

FAX:096-372-1202

メール: osscs.inouehp@inouehp.jp



問診用紙(成人18歳以上の方)

この書類は、入院治療にあたり重要な情報になります。わかる範囲で結構ですので印刷し、ご記入の上、ご持参頂きますようお願い致します。(全6ページ)

印刷が難しいへ方は、ご入院後にお渡しする用紙へご記入をお願いしております。
尚、この用紙に関するプライバシーの保護・秘密の厳守は堅くお約束します。

患者氏名: _____ 記入者氏名: _____ 続柄 _____

身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)

***以下の項目で該当するものに「レ」をつけてください。**

1. 食べ物でアレルギーはありますか? 【例】 エビ・サバ・カニ・卵 等

ある (_____) ない

「ある」の方は症状を選んでください

蕁麻疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 むくみ 息苦しさ
めまい 不整脈 動悸 頭痛 耳鳴り 意識が遠くなった

2. 薬・金属でアレルギーはありますか? 【例】 薬剤・抗生剤・消毒綿・湿布・時計・指輪

ネックレス等

ある (_____) ない
(薬剤・金属の種類)

「ある」の方は症状を選んでください

蕁麻疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 むくみ 息苦しさ
めまい 不整脈 動悸 頭痛 耳鳴り 意識が遠くなった

3. 今回入院となったきっかけを教えてください。

・いつから? (_____)
・何をして? (_____)
 きっかけ... (_____)
・症状は? (_____)
・症状のある部位は? (_____)

☆ 今回の症状で、当院に入院される前に受診された病院があれば病院名を教えてください。

病院名: _____

検査 あり なし 【例】レントゲン・MRI・CT 等

4. 喫煙されますか? はい いいえ

「はい」と答えた方.....(_____)歳~(_____)歳まで 1日(_____)本

5. お酒は飲みますか? はい いいえ

「はい」と答えた方.....ビール 日本酒 焼酎 ワイン チューハイ
毎日 週1回程度 月1回程度 その他
量はどのくらいですか?.....(_____)

6.生まれて現在に至るまでかかられた病気・現在治療中の病気を詳しく教えてください。
 入院・手術の経験がある方は、どちらで入院・手術をされたかも教えてください。

年齢	病名	病院名		現状況	現在お薬
例 21歳	盲腸	〇〇病院	入院(手術)通院	治療中(完治)	あり(なし)
			入院・手術・通院	治療中・完治	あり・なし
			入院・手術・通院	治療中・完治	あり・なし
			入院・手術・通院	治療中・完治	あり・なし
			入院・手術・通院	治療中・完治	あり・なし
			入院・手術・通院	治療中・完治	あり・なし

※ 輸血をしたことがありますか？ はい いいえ

○痙攣を起こしたことがありますか？ ある ない

以下は「ある」の方のみお答え下さい。

▶頻度はどのくらいですか？

▶持続時間はどのくらいですか？

▶痙攣のコントロールで定期的に服用しているお薬はありますか？

お薬の名前

▶痙攣が起きた時の様子を教えてください。

▶対応方法について教えてください。(お薬を使用する、見守る 等)

▶痙攣を誘発するものがありますか？(目が覚めた時、薬がきれる時間帯 等)

7.下記の質問について教えてください。

いびき・寝言・歯ぎしり	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 寝言 <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> ない
視力障害	<input type="checkbox"/> ある ⇒ (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> ない *眼鏡(コンタクト)： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
聴力障害	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ない *補聴器： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> ない *取り外し： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない

8. 身体の状態について教えてください。

(寝返り・座位保持・歩行が困難な方)

- ▶寝返りを一人でできますか？ できない できる
できるがコントロールできない(転落の可能性)
左右どちらもできる 左右一方のみできる
- ▶座位保持はできますか？ できる できない
支えがあればできる
- ▶移動方法について教えてください。
独歩 車いす 杖使用
- ▶立つ・歩く動作について教えてください。
しっかり立てる つかまり立ちができる つたい歩きができる
- ▶装具を使用していますか？ はい いいえ
↳ ()

9. 日常生活について教えてください。

○食事

- ▶摂取経路 : 経口摂取 経管栄養(経鼻・経腸)
- ▶食事形態 : 流動 刻み ひとくち大 普通
- ▶摂取方法 : 自己摂取 介助
- ▶使用物品 : 箸 スプーン・フォーク

○排泄

- ▶排泄方法 : トイレ カテーテル・パウチ オムツ 尿器
- ▶1日の排尿回数は何回ですか？ () 回)
- ▶就寝から起床までの間の排尿回数は何回ですか？ () 回)
- ▶排便は毎日ありますか？
ある ない 何日おき ()
- ▶排便は1日何回ありますか？ () 回)
- ▶排便のために行う処置がありますか？(浣腸 等) ある ない
()
- ▶最後に排便があったのはいつですか？ () 月 () 日



10.家族構成について(該当するもの全てに「レ」チェック)

- ①両親 父 母 ②配偶者 なし あり
③兄弟 なし あり 【例】兄2人・妹1人

④同居されている方 (ご本人を含めて何人暮らしですか?)

【例】両親、兄7歳、妹1歳と5人暮らし

人暮らし

▶入院中の病状・治療上の説明を受けられる方(患者様の事で決定権のある方)

氏名: _____ 続柄: _____

11.緊急連絡先

※連絡先は最低2か所以上記入して頂くようお願いします。

※職場は日中、連絡が取れる場所をご記入お願いします。

①氏名: _____ 続柄() 職業:()
[連絡可能な時間帯]

自宅: _____ 時～ 時 ・ いつでも可
[連絡可能な時間帯]

携帯: _____ 時～ 時 ・ いつでも可
[連絡可能な時間帯]

職場: _____ 時～ 時 ・ いつでも可

②氏名: _____ 続柄() 職業:()
[連絡可能な時間帯]

自宅: _____ 時～ 時 ・ いつでも可
[連絡可能な時間帯]

携帯: _____ 時～ 時 ・ いつでも可
[連絡可能な時間帯]

職場: _____ 時～ 時 ・ いつでも可

③氏名: _____ 続柄() 職業:()
[連絡可能な時間帯]

自宅: _____ 時～ 時 ・ いつでも可
[連絡可能な時間帯]

携帯: _____ 時～ 時 ・ いつでも可
[連絡可能な時間帯]

職場: _____ 時～ 時 ・ いつでも可

12.入院中の面会や電話の取り次ぎをすべて許可しますか?

はい いいえ

「いいえ」の方、詳細を書いてください。【例】すべて拒否・家族のみOK(氏名、続柄)・同僚など

[_____]

13. 家屋状況について教えてください。

- ▶住居形態 : 持ち家 (一戸建て マンション アパート)
借家 (一戸建て マンション アパート)
- ▶階段 : ない ある (段)
手すり ない ある
- ▶段差 : ない ある (場所:)
手すり ない ある
- ▶寝具 : 布団 ベッド ⇒ 手すり・柵 ない ある
寝室 (階)
- ▶トイレ : 洋式 和式 ⇒ 手すり ない ある
手すり ない ある
- ▶お風呂 : シャワー椅子 ない ある
手すり ない ある

14. 現在の職業・学校について教えてください。

▶職業・学年 : _____ ▶会社・学校名 _____

仕事内容を具体的にご記入下さい。

- ▶通勤・通学手段: 徒歩 自転車 バイク 車 バス
- ▶通勤・通学時間: (分間)
- ▶環境 トイレ: ない ある ⇒ 和式 洋式
階段: なし ある
エレベーター: なし ある

▶仕事・学校復帰後、仕事内容、勤務・通学時間・手段に変更があればご記入下さい。
(時短勤務可能、デスクワークへ変更、学校まで車で送迎予定、等)

- ▶休職・欠席可能な期間: (約 週間)
- ▶自宅・職場・学校での生活で不安に思うことがあればご記入下さい。

15. 退院後の通院は可能ですか? はい いいえ

当院以外への通院の希望がありましたら、病院名の記入をお願いします。

()

麻酔を受けられる方へ



はじめに

当院での手術の際に行う麻酔は大きく分けると脊椎麻酔・硬膜外麻酔・全身麻酔に分けられます。どの麻酔で行うかは手術の内容、患者様の状態などにより麻酔科医が最も安全と思われる方法を選択します。

手術前の食べ物・飲み物の制限について

手術の際に胃内に食べ物や飲み物が入った状態で麻酔をして嘔吐が起きると、気管から肺に流れ込んで重症の肺炎を起こすことがあります。絶飲食の時間は必ず守っていただき、万が一間違えて何か飲食してしまった場合は必ず看護師にお知らせください。

麻酔法

○脊椎麻酔

背中から細い針を刺して脳脊髄液の中に局所麻酔薬を注入して神経を一定時間麻痺させる麻酔法です。意識はありますが、ご希望により鎮静薬を使用して眠ることもできます。麻酔効果が不十分であったり、手術が予定より長引いたりした場合は全身麻酔に変更することがあります。

・合併症

①脊椎麻酔後頭痛

脊椎麻酔後に頭を高く上げると頭痛が出ることがあります。念のため麻酔開始から数時間はベッド上安静をお願いします。

②尿閉

麻酔薬で足がしびれている間は尿道括約筋が収縮するため尿が出にくくなります。ゴムの管を入れて尿を出す場合があります。

③神経損傷

神経が沢山ある場所に針を進めますから、神経にあたる可能性があり、当たるとビリッとした感覚があります。このことで神経障害が残ることはほとんどありませんが、もし異常な痛みなどの症状が出た時はお知らせ下さい。

○硬膜外麻酔

背中から注射して硬膜外腔にビニール製の細いチューブを入れます。手術中だけでなく手術後にも痛みを抑える目的で使用します。多くは全身麻酔や脊椎麻酔と合わせて行います。

・合併症

①硬膜穿刺

硬膜のすぐ手前にチューブを留置する際、硬膜を傷つけることがあります。この場合術後にひどい頭痛を起こすことがあるので、その際は症に応じて治療します。0.1%から0.5%程度の確率で起こります。

②尿閉

時々尿が出にくくなる場合があります。

③感染

非常に稀ですが硬膜外チューブを通して感染を起こすことがあります。感染の症状があるときはすぐにチューブを抜いて抗生剤の治療を開始します。

④脊髄損傷

脊髄の手前まで針を進めますので、ごく稀に神経を損傷することがあり、足などにピリッとした感覚があります。痛みの程度、神経麻痺の程度をすぐに調べて、必要があればすぐに治療を開始します。

⑤硬膜外血種

硬膜外腔へ針やチューブを進めるときに血管を損傷し硬膜外腔内に出血することがあります。通常は自然に止血するので問題になることはほとんどありませんが、薬や病気などで止血機能が損なわれている方は出血が内部に蓄積して神経を圧迫してしまうことがあります。神経の圧迫を解除するために手術が必要になる場合もあります。出血しやすくなる薬を飲んでいない方で起こる確率は0.01%です。

○全身麻酔

点滴から麻酔薬を注入して眠ります。
意識がなくなると同時に呼吸が止まりますので、口から呼吸のための管をのどの奥まで入れます。
手術が終了したら麻酔薬の投与を中止して、麻酔から覚めて呼吸がしっかりできたら口の管は抜きます。

・合併症

①歯や口腔内の損傷

呼吸の管を入れるときや、麻酔から覚めるときに強く咬んだりしたときにぐらつきのある歯があると抜けてしまう可能性があります。また、正常な歯や唇、舌、口腔内も傷つくことがあります。
術後数日は呼吸の管の影響でのどの痛みや声のかすれがでることがあります。

②呼吸の管が入らない

稀に呼吸の管を入れるのが非常に難しい方がおられます。予期できない場合も多く、その時は様々な手段で対応しますが、稀に呼吸ができず命が危険となる場合や、一度手術を中止せざるを得ない場合があります。

③嘔吐

全身麻酔では胃腸の働きが抑制されて手術後に吐き気がすることがあります。

④肺炎

全身麻酔は気管の痰を出す力を弱めます。風邪をひいて痰が多いときや肺炎の時は症状が悪化することがあります。また、喫煙で痰が多い方も同様です。2週間以上禁煙して頂くとうづいぶん痰が減少して肺炎が起こりにくくなります。風邪症状があるときは手術を延期することもあります。

⑤悪性高熱症

全身麻酔をきっかけに筋肉が壊れて体温が急に上昇してくる病気です。死亡率は数%とされています。患者さん本人または血縁関係の方に筋肉の病気があるときや、麻酔で亡くなった方がいらっしゃる時は注意が必要です。必ずお知らせ下さい。一度目の麻酔は大丈夫でも二度目で発症することもあります。悪性高熱症の発生は5万人から10万人に1人とされています。