

小児レスパイト入院のご案内

レスパイト入院とは？

在宅で療養するお子さんが保護者の病気や冠婚葬祭など、様々な事情により保護者または家族による在宅での療養が一時的に困難になった場合に、当院にて一時的な入院が可能となります。

利用できるのはどんな人？

主な対象となるお子さんは在宅で医療機器を利用しており、常時医学的管理を要する方です。常時医学的管理を必要とする状態とは「人工呼吸器を装着している」「気管切開を行っている」「経管栄養を行っている」などの状態の患者さんです。

利用できる期間は？

- ・レスパイト入院の入院期間は原則 5 泊 6 日までとさせていただきますが、状況等により考慮致します。（初回利用は2泊3日までとなります＊平日でお願いします。）

入院費用について

医療保険による入院となります。その他室料差額が発生する場合がございます。

注意点

- ・入院時、入院保証金の納入をお願い致します。
（東京都乳幼児医療費助成制度加入者：1万円、それ以外の方：5万円）
 - ・当院や他の医療機関で入院されていた場合は、原則、退院1か月後からレスパイト入院をお受けしております。予めご了承ください。
 - ・当院のベッド状況により、ご利用が出来ない場合がございます。
 - ・入院頂く部屋はご希望に添えない場合がございます。
 - ・レスパイト入院は特別な検査や治療を目的としておりませんので、検査や治療は原則行いませんが、医師の判断により行う場合がございます。
 - ・症状の悪化等により治療が必要となった場合は、レスパイト入院から医療入院へ切り替え、主治医の判断により入院の継続、または転院をお願いする場合がございます。
 - ・レスパイト入院のご利用は、事前に主治医とよくご相談下さい。
- また、必要な予防接種についても可能な限り接種を済ませて頂きますようお願い致します。



入院当日のお持物

レスパイト入院をご利用の際、「入院中に必要な物」は全てお持ち頂くようお願い致します。特に必要な物については以下に記載しております。

■ 持ち物

- ・健康保険証 ・各種医療費助成受給者証（お持ちの方のみ） ・当院の診察券
- ・印鑑 ・お薬手帳

※お薬は類似薬への変更の可能性があります。ご希望されない場合はお持ち込み出来ます。

※お薬確認をさせていただきますので、経管栄養も含め一日分のお薬はお持ちください。

・ご自宅で使用されている医療機器及び医療材料は全てご持参ください。

持ち物チェックリスト記入のお願い

小児レスパイト入院をご利用の皆様には「入院時の持ち物チェックリスト」のご記入をお願いしております。忘れ物や紛失を防ぐためにもご協力をお願い致します。「入院時の持ち物チェックリスト」を記入の上、入院当日にお持ちいただきますようお願い致します。

「入院時持ち物チェックリスト」は当院のホームページからもダウンロードが可能です。

■ チェックリスト利用の流れ

- ①ご自宅で荷物を準備する際、チェックリストに記載しながら持ち物の準備をお願い致します。
- ②入院当日、病棟で荷物を出しながら、「入院時」欄に担当看護師がチェック致します。
- ③退院時、「退院時」欄に担当看護師がチェックしながら忘れ物がないか確認致します。

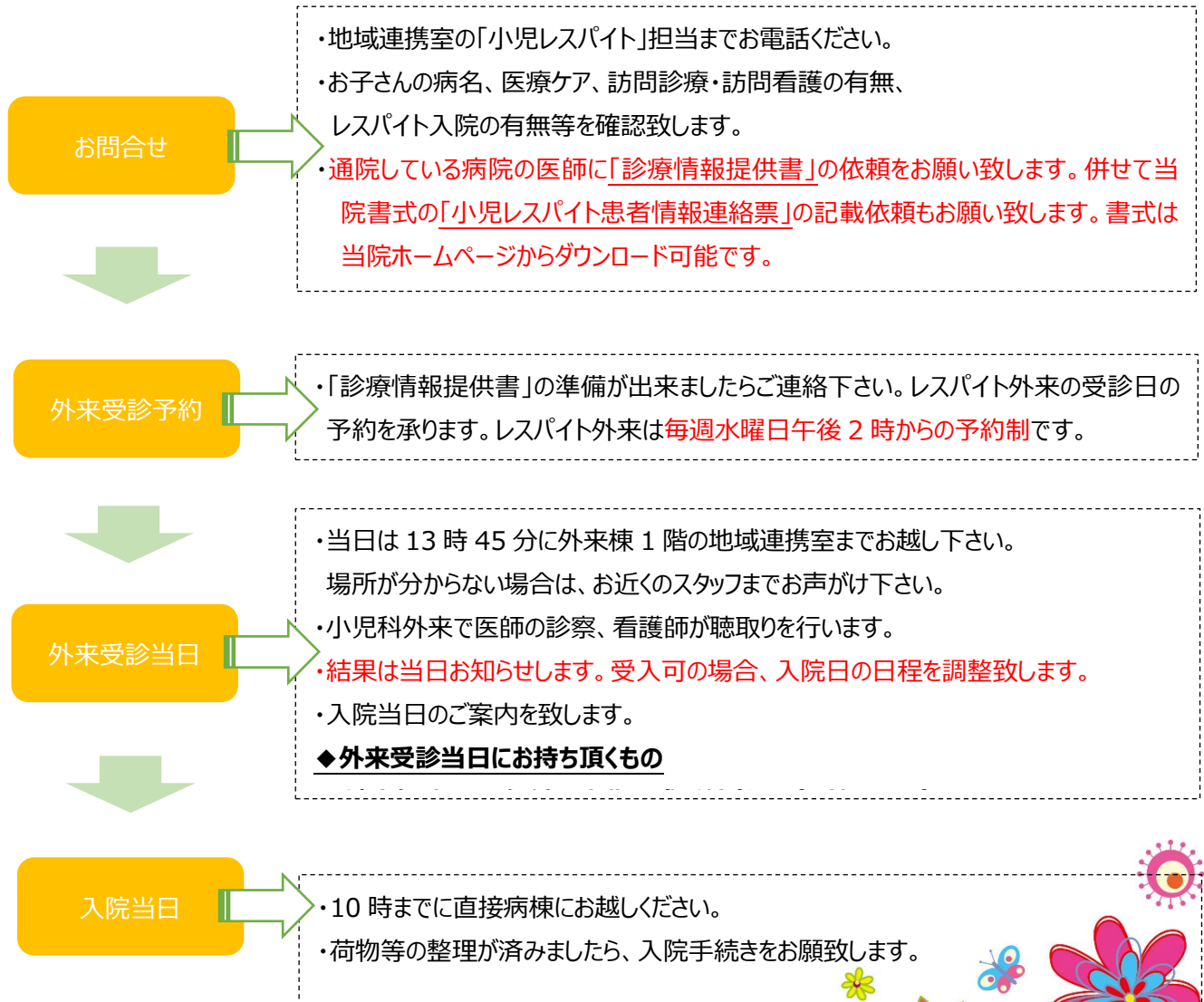
持ち物には全てお名前をお書き下さいますよう、お願い致します。お名前が書きにくいものに関しましては、リボンを結ぶなど、印をつけて頂きますようお願い致します。ご不明な点等ございましたら、地域連携室までご連絡下さい。



小児レスパイト入院までの流れ

小児レスパイト入院をご希望される際は、当院の地域連携室までご連絡下さいますようお願い致します。現在のお子さんの状態、出生時の状態、訪問診療・訪問看護の有無などを伺いますので、お時間に余裕をもってお電話頂きますよう、お願い致します。

入院までの流れは以下の通りです。



小児レスパイト入院の利用登録及び利用にあたっての同意書

小児レスパイト入院の利用にあたっては、次の事項に同意の上、利用登録、利用申込を行ってください。

- 1 小児レスパイト入院の利用にあたり必要となる診療情報の提供について、当院から利用者（患者）の主治医等に対して依頼させていただきます。
なお、提供いただいた診療情報については、後日医療機関（主治医等）受診の際に、診療情報提供料が算定（保険診療）されることになります。
- 2 小児レスパイト入院の利用期間は、1回につき原則として7泊8日です。延長は基本的にできませんが、利用中に利用者の身体状況等に変化があり、治療が必要となった場合などは、主治医と連絡のうえ、入院の継続または転院をお願いすることがあります。
また、当院においてそのまま治療を継続することになった場合は、その日以降の入院は通常の入院扱いとなります。
- 3 入院する部屋は、当院の入院当日の空きベッド状況により決定します。また、当院の空きベッド状況により日程の調整をお願いする場合がございます。
- 4 小児レスパイト入院は検査や治療を目的としておりませんので、原則として行いません。ただし、入院時の診察において必要と判断された場合や入院中に患者に体調変化等があった場合には、検査や治療を行う場合があります。
また、患者に特段の変化がない場合は、特に医師から入院中の状態について説明は行いません。
- 5 入院中は、受入先病院の体制・方法によりケアを行います。そのため、ご自宅で行うケアの内容とは異なることがあり、ご希望に添うことが難しい場合があります。

同意欄

小児レスパイト入院の利用登録及び利用申込にあたり、上記の事項を確認し、これに同意して、小児レスパイト入院を利用します。

年 月 日

保護者住所

保護者氏名（署名）

小児レスパイト入院 患者情報連絡票

〈 記入日・更新日 〉 年 月 日 記入者氏名 ()

氏名	ふりがな		愛称		生年月日	S H R	年 月 日生	身長 cm	血液型	kg	RH + -	型
	男・女											
主治医	医療機関名					主治医氏名			電話番号			
医療保険 ※コピー添付でも可	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		保険証の記号・番号		保険者の番号							
医療費助成	有・無		種類	重度障害者・特定疾患		その他 ()						
気管切開	<input type="checkbox"/> あり	カニューレタイプ		気管喉頭分離術		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	カフの有無	<input type="checkbox"/> あり (カフ量 CC) <input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> なし	サイズ	mm	カニューレ交換時期	日毎 (最終交換日)							
カニューレ自己抜去時等の対応												
経鼻エアウェイ・下咽頭チューブ			種類		サイズ		挿入	cm				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> それ以外 ()												
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> マスク式	機種名				メーカー名			担当者連絡先			
	<input type="checkbox"/> 気切	使用状況	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	<input type="checkbox"/> なし	設定条件										
酸素	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 24時間	酸素流量 ℓ/分		<input type="checkbox"/> 臨時		酸素流量 ℓ/分					
吸引	<input type="checkbox"/> 口腔	吸引チューブの太さ () Fr 吸引時の深さ () cm										
	<input type="checkbox"/> 鼻腔	吸引の頻度や留意事項を具体的に記入してください。(例：○時間毎・夜間○時間毎など)										
	<input type="checkbox"/> 咽頭											
	<input type="checkbox"/> 気管											
<input type="checkbox"/> なし												
吸入	<input type="checkbox"/> 定時	() 時間毎・または(概ね) 時			<input type="checkbox"/> 臨時		具体的にどのようなとき					
	<input type="checkbox"/> なし	内容 ()				内容 ()						
経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他 ()		内容		量	回数・時間など		注入方法				
	チューブタイプ	固定水	cc				<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イリガートル <input type="checkbox"/> その他					
	チューブサイズ	Fr	固定位置	cm				<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イリガートル <input type="checkbox"/> その他				
	交換時期	最終交換日						<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イリガートル <input type="checkbox"/> その他				
	姿勢・留意事項											
胃ろうからのミキサー食注入 <input type="checkbox"/> 希望する※ <input type="checkbox"/> 希望しない												
排尿	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 尿取りパット	<input type="checkbox"/> 導尿		<input type="checkbox"/> 留置カテ		<input type="checkbox"/> その他留意事項			
	回数・内容など	回/日	回/日	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用なし	(時間)		サイズ	Fr				
			サイズに□ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> Big <input type="checkbox"/> スーパー Big			固定水 cc		交換時期	毎			
排便	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 浣腸	<input type="checkbox"/> 摘便		<input type="checkbox"/> 下剤		<input type="checkbox"/> その他留意事項			
	回数	回/日	回/日	/日毎	/日毎		薬剤名・用量・用法など					
	内容											
痙攣発作	<input type="checkbox"/> あり	(型・頻度)										
	<input type="checkbox"/> なし	(対応)										
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	〈薬剤〉	〈造影剤〉		〈症状や対処法〉							
	<input type="checkbox"/> なし	〈食品〉	〈その他 テープかぶれなど〉									

入院時の持ち物チェックリスト

☆※: 下記にない物は、ご自分で記載してください。

持参物 (月 日)

患者氏名 _____

物品	入院時	退院時	物品	入院時	退院時
パジャマ 組			カニューレ ()		
洋服 上 枚			人工鼻 個		
洋服 下 枚			アンビューバック		
肌着 枚			パルスオキシメーター		
体位調整用クッション			固定紐/ガーゼ 本		
			呼吸器		
バスタオル 枚			呼吸器回路(予備)		
フェイスタオル 枚			酸素ボンベ (残量確認、入院時酸素ボンベOFF)		
※当院のものをお貸出し出来ます。			携帯吸引器		
(バスタオル100円/枚、フェイスタオル 50円/枚)					
ガーゼ 枚			薬 (日分)		
オムツ 枚			吸入薬 (日分)		
尿とりパッド 枚			軟膏		
お尻拭き 枚			浣腸液		
ティッシュペーパー					
シャンプー			栄養ボトル		
リンス			カラーシリンジ		
石鹸			栄養類 ()個		
歯ブラシ・スポンジブラシ			くし		
コップ			ヘアゴム		
エプロン			おもちゃ()		
			おもちゃ()		
診察券			おもちゃ()		
			DVD (枚)		