## 川崎協同病院 短 期 入 院(レスパイト)のご案内

【問合先】川崎協同病院 患者サポートセンター 044-299-4781 (代表)

入院期間	月	日(	) ~	月	日(	)	日	間
入退院時間	迎えの時間		入院時間		退院時間		出発時間	
病 棟	□ 地域包	括ケア病棟(2F・5	F·6F)	障害者等	病棟(4F)	) □その	他(	)
費 用	1日 おおよそ 5,000 円 (入院料+食事 3 食+タオル費) 【1 割負担】							
	※ 期間によって変動があります。入院費用は1ヶ月の限度額があります。							
	【参考】3泊4日20,000円7泊8日39,000円13泊14日68,000円							
入院手続	<ol> <li>入院時間までに<b>1階「総合受付」</b>にお越しください。</li> </ol>							
	② 入院の手続きを行います。							
	③ 入院時の検査(血液検査、心電図、胸部レントゲン)を行います。							
持ち物	● 「入院のご案内」パンフレットにある書類・物品							
	● お薬( <b>入院期間中の分</b> を持参してください。)							
	● 在宅療養でお使いの治療材料一式							
	(床ずれや皮膚トラブルに使用しているお薬や物品、胃ろうに使用している接続チューブなど)							
		***************	で継続していくた					
その他	● 入院中の経管栄養は、濃厚流動食(液体:サンエット、半固形:リカバリー)を使							
	用します。1食460円の食事代(生活保護の方はなし)が発生します。							
	※上記の経管栄養で具合が悪くなった事がある場合、在宅の物を継続し使用しま							
	す。当院で準備出来ない場合、持参していただくことがあります。							
	※ 薬剤での処方や、持参した物を使用した場合は、食事代は発生しません。							
	● 入院中の床屋について							
			いすに乗車で 		_	_		
			月最終(月) 	10:00	$\sim$ 11:00	※12 F	1のみ第 3(	月)
	◇ 料 金:1,500円							
	● 状態・状況が変わった時  ◇ 短期入院中に、予定外の検査や緊急治療が必							
	-					必	9	8
			合は、一般				5 60	
	◇ その際は、ご家族にご連絡・説明をさせていただき							
5 A	」 ます。							
ان کرد		三治医や病	<b>惈か変わる</b> な	易合かあり	<b>まりのでこ</b> ∫	<b>孝</b>		