下口唇麻痺に対する診療申し込みについて

・治療は自費診療となります。

　　　　術式：顔面神経麻痺動的再建+自家大腿筋膜移植術

　　　　その他実費（麻酔費・入院費など）：おおよそ240万円程度になります

　　☞退院時に治療費を清算していただきます。

　　　　　現金（日本円）のみ可（クレジットカードは不可）

　　　※退院時手続き・清算に時間がかかります。帰国時のフライトは時間に余裕をもって

チケットをとってください。

・診療責任者は形成外科医師の石垣です。診察および執刀も石垣が行います。

　　　　　（形成外科　総括医長　石垣　達也）

・手術前に診察にきてください。時期は手術の１～２週間前となります。

　　　この日に行うこと

　　　　　・手術前の検査

　　　　　・入院手続き

　　　　　　　　☞本人確認のためパスポートのコピーをとらせていただきます

　　　　　　　　そのほか入院パンフレットなどお渡しします。

・通訳さんの手配を必ずお願いいたします。

　　　　通訳さんが必ずきていただく必要がある日程は以下の通りです

・術前診察時（手術説明・入院説明を行います）

　　　　　　　・入院日（手術内容の再確認、麻酔説明を行います）

　　　　　　　・手術日（術後に手術の説明を行います）

　　　　　　　・退院日（退院後の注意点などの説明・治療費清算などの説明を行います）

　　　　説明など時間がかかりますので、必ず通訳さんはその日はしっかり時間をとって

もらい、必要な説明が終わるまで病院にいてもらってください。短時間しか病院に滞

在できない、用事があるので途中で帰る、というのは困ります。

・コロナ感染対策は継続しており、当院のルールに従ってください。

　　　　2023/8/4現在　病院内ではご両親は一緒に泊まれません。

　　　　　　　☞病院のそばに簡易宿泊施設（かるがもハウス）もあります。（術前検査の

日にご案内します）お子様は入院中は病棟をでることができません。

　　　　体調確認表を必ず記載してください。（術前検査の日にお渡しします）

　　　　　　　☞記載がない場合には入院・手術は行いません。

　　　　本人が2週間前から感冒症状（咳・鼻水・発熱など）あれば入院・手術はできませ

ん。ご家族が3日前から感冒症状ある場合もキャンセルとなります。

　　　　入院中の外泊・外出はできません。

・入院時には病棟内のルールを必ず守ってください。

　　　お守りいただけない場合には、入院・手術はお断りさせていただきます。

　　　　　・ご本人以外は病室内で食事は禁止となります

　　　　　・携帯（スマートフォン）での会話は病室内では禁止です

　　　　　　　（使用する場所に決まりがありますので、ご案内いたします）

　　　また可能でありましたら、翻訳アプリをスマートフォンにインストールしてきてく

ださい。

　以上ご理解いただける場合には当院での診察をうけたまわります。

　以下確認となります。

下口唇麻痺に対する診療申し込み書に、ご理解いただける項目をチェックし、サインをして

千葉県こども病院へメール添付 or FAX or 郵送でおくってください。

メール・FAXの場合は、必ず自署し、PDFで送信ください。

また、原本は来院時にご提出ください。

問い合わせ・提出先：〒266-0007　千葉県千葉市緑区辺田町579-1

千葉県こども病院　事務局　医事経営課

　　　　　　　　　　TEL(043)292-2111　　FAX(043)292-3815

　　　　　　　　　　E-mail：kodomo-hp＠mz.pref.chiba.lg.jp

千 葉 県 こ ど も 病 院 記 載 欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院長 | 副病院長 | 事務局長 | 看護局長 | 医事経営課長 |
|  |  |  |  |  |

下口唇麻痺に対する診療申し込み書

千葉県こども病院長　殿

　□手術執刀は形成外科　総括医長　石垣が行う

　□手術の１～２週間前に一度来院していただく

　□通訳の手配を行っていただく（合計4日間・短時間しか在院できないというのは不可）

　□当院のコロナ感染対策に従っていただく

　□入院時には病棟内ルールを順守していただく

　□治療費は退院時に現金（日本円）でお支払いいただく

　　日付　　　　　　年　　月　　日

　　お名前（患者さま）

保護者さま