

## 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られません。

☞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 \_\_\_\_\_