

認知症病棟のご案内

入院中のご説明をさせていただきます。

.....様の

担当医師はです

ご不明な点などがございましたら、いつでも看護師にご相談ください。安心して入院生活を送れるようにサポートさせていただきます。



高田西城病院 認知症病棟A・認知症病棟B



電話番号

高田西城病院 025—523—2139

病棟直通

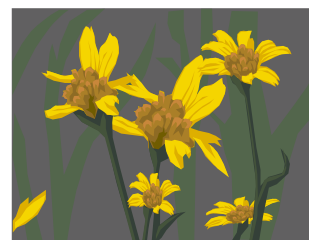
認知症病棟 A 025—526—6286

認知症病棟 B 025—526—6284

認知症病棟とは・・・・・・・・

病棟の特徴	認知症の著しい精神症状や、さまざまな行動障害により、ご家庭や施設などでの対応が困難で治療が必要な方が入院される病棟です。
治療期間	入院時の症状が消失し、安定した時が退院の目安となります。 その期間はおよそ2ヶ月程度です（転入されて来られた患者さまも同様です。）
転院・転棟	入院後、身体の病気で内科等の専門的な治療が必要になった時や、大きな怪我・骨折などで手術やリハビリが必要になった時は、その治療の優先のために他の専門病院に転院していただくこととなります。その場合は、付添をお願いいたします。 また、病状によって他の病棟に移っていただき治療や看護を行うことがありますのでご了承ください。
連絡	患者様の病状が変わった時は、その都度ご家族に連絡をさせていただきます。 急を要する時で連絡がつかない場合には、事後報告となることがありますのでご了承ください。
その他	① 転院されて専門的治療が終了した後、認知症症状のため精神科での治療が必要な場合には、当院に入院していただくこともできます。その場合は、外来にご相談ください。 ② 日頃の患者様の様子を知っていただいたり、患者様に安心して療養していただくために、多くの面会をお願いいたします。

〈 入院中の日課表 〉



6 : 00	起床
7 : 00	朝食・服薬
9 : 00	水分補給・洗面 生活機能回復訓練・作業療法 検温・血圧測定 入浴 認知症病棟 A (水・金) 特殊浴
12 : 00	昼食・服薬
13 : 00	入浴 認知症病棟 A (月・木) 一般浴 (火) 特殊浴 認知症病棟 B (月・火・水・金) のうち2回 生活機能回復訓練・作業療法 おやつ・水分補給
18 : 00	夕食・服薬
20 : 00	就寝薬服薬・水分補給
21 : 00	消灯

《生活機能回復訓練について》

- ① 機能保持・ADL（日常生活動作）の低下を防ぐ事を目的とし、週間プログラムに沿って活動します。（個別プログラムでの活動もあります）。
- ② 活動日と時間
月・火・水・木・金（週5日）1日4時間（午前・午後各2時間）
※ 作業療法士・病棟スタッフが行います。

< 日常生活について >

1. 入院に必要な持ち物

- 入院のご案内（院内共通）をご参照ください。
- 寝たきりの方 大判バスタオル3枚 バスタオル5枚 タオル5枚
- 口腔ケア用品
（ハミングッド・口腔ケアウエットティ・舌ブラシ・吸引ノズル付歯ブラシ）
- 病状により布オムツ・オムツカバーを使用する場合があります。（有料）
- ウェットティッシュ（からだふき・おしりふき・ピュアウオーター）など
- タオル・バスタオルは、病棟名と名前を記入してください。

（例）

認	A
---	---

西城	太郎
----	----

2. 所持品について

貴重品は、原則としてご家族に持ち帰っていただきます。

（紛失時責任は負えません）

当病棟入院中は、現金所持はご遠慮くださるようお願いいたします。

3. 衣類・服装について

- ① 衣類は、リースの病衣を利用していただきます。
（私物を希望される方はご相談ください）
- ② 季節に応じて上着・靴下・ひざかけ等を用意していただきます。
- ③ ご家族が洗濯される方は、ふた付きバケツ、ビニール袋を用意してください。
- ④ 洗濯物については、ご家族が定期的に（週2～3回）持ち帰るか、業者に洗濯を依頼することもできます。（業者依頼は有料）

※病院の備品（ラバーシート、ビーズ枕、ピロー等）ご利用の方は業者委託となり有料となります。



業者依頼料金 医療外サービス一覧をご参照ください。

4. 電話の利用について



- 電話のご利用は、看護室前にある公衆電話をご利用ください。
- 電話料金は、看護室に用意してあります。必要な金額を提示し看護師から受け取ってください。ただし、病状の悪化を招いたり、治療の効果に妨げがあると医師が判断した場合は使用を制限することがありますのでご了承ください。

5. 郵便物について

- 郵便物を出す場合は、看護室にお持ちください。
- 郵送されてきた品物については、病棟に到着した時にお渡しいたします。ただし、病状の悪化を招いたり、治療の効果に妨げがあると医師が判断した場合は、一時的にお預かりすることがありますのでご了承ください。

6. その他

- ① 現在、他の医療機関の薬を服用中の場合、またアレルギー・合併症等がある場合は、入院時にお知らせください。
- ② 面会時、病棟内で食べ物、飲み物などを患者様におあげする場合は、誤嚥などの心配がありますので十分ご注意ください。また残った物をご本人に渡したり、病室の床頭台の中に入れることのないよう、必ずお持ち帰りください。
- ③ 食事介助の必要な方については、ご家族の協力をお願いすることがあります。
- ④ 他の医療機関への受診、通院が必要な場合には、ご家族の付き添いをお願いいたします。尚、通院時には、着用の衣類・靴等をご用意ください。
又、診療情報書（受診連絡表）〈別紙〉が必要となりますので、病棟看護師又は、事務受付に申し出てください。
- ⑤ ご不明な点がございましたら、病棟スタッフにお尋ねください。

参 考

診 療 情 報 書 (受診連絡票)

受診日；平成 年 月 日

御中

- 1 医療機関コード 000, 000, 0
- 2 入院医療機関名 医療法人 高田西城会 高田西城病院
- 3 算定入院料 精神病棟入院基本料 (○対○) (一般)
 認知症治療病棟入院料 1 (特定)
 精神療養病棟入院料 (特定)

※ 貴院における診療内容により、取り扱いを判断させて頂きたく、お手数ですが当院医事課までお知らせ下さい。

- 4 入院診療科 精神科 心療内科 老年精神科

- 5 患者氏名・生年月日

様

大正
昭和
平成

年

月

日

- 6 診療依頼内容 診療情報提供書のとおり
 継続受診

- 7 その他

〒943-0834

新潟県上越市西城町2-8-30

医療法人 高田西城会 高田西城病院

TEL 025-523-2139

FAX 025-522-7035

メ 毛

