

さあ、いよいよ
赤ちゃんに会えるね



私らしく
赤ちゃんを迎えたい？
パパと一緒に感動したい？
色々、考えてみよう

お産で入院するときの準備

♡ 入院したらすぐにスタッフへ渡せるように一袋にまとめてね

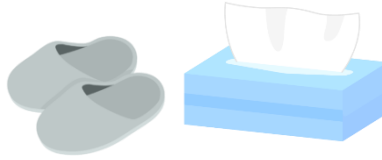
母子手帳



パジャマ
タオル類



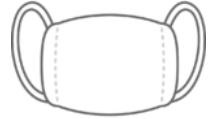
スリッパ・ティッシュ・
ウェットティッシュ



食事用具



マスク



洗面用具



時計または携帯



筆記用具



スポーツドリンクやゼリーな
どのエネルギー補給グッズ



レッグウォーマー
足元保温用グッズ



退院の時の
赤ちゃんの服



赤ちゃんの保湿剤 ♡

ガーゼのハンカチ
10枚程度

ナイト用ナプキン
1袋

産褥ショーツ
2~3枚 ♡

授乳ブラや
ハーフトップ

骨盤ベルト ♡

赤ちゃんのお尻
拭き1袋

お産で入院するときの準備

【入院時提出書類】

□ 入院誓約書

□ 出産一時金合直後支払い制度 合意確認書の控え

□ 受診・入院される患者様へ

※この書類は作成後、病棟のスタッフステーション(6号室)へご提出ください。

入院誓約・同意書

医療法人宝生会
P.L.病院 院長 殿

※無印記載欄

姓 名	西
内・小・外・整・形・産・眼・耳・皮・泌	
ID	
年 月 日 ~	年 月 日

【1】~【3】に掲げる全ての事項に関して確認したの上、誓約・同意いたします。

年 月 日入院

① フリガナ 氏名 生年月日(年齢)
 入院 氏名 年 月 日(歳)
 現住所 〒 TEL ()
 患 助務先 (名称) 〒 TEL ()

② フリガナ 氏名 年齢
 身 氏名 (姓・患者との関係)
 元 現住所 〒 TEL ()
 引 助務先 (名称) 〒 TEL ()
 人 氏名 〒 TEL ()

③ フリガナ 氏名 年齢
 連 氏名 (姓・患者との関係)
 帯 現住所 〒 TEL ()
 保 助務先 (名称) 〒 TEL ()
 証 人 氏名 〒 TEL ()

※連帯保証人が支払いの責任を負う金額(積戻額)は50万円
 ※2・3ページ目にもご記入をお願いします
 ※4ページ目に付箋が貼付されています。

※入院料(産科)・出産育児一時金等の医療機関への直接支払い制度 合意・確認書
 ※必ずご提出ください。

当院では、原則として平成21年10月1日から「出生育児一時金等の医療機関等への直接支払い制度」をご利用いただくことをお願いしております。

- 足踏の方がご加入されている下記医療保険者(保険証の発行者)に、当該分娩の方に代わって出生育児一時金を請求いたします。手続等について手帳類はいただきます。
- 返戻額に当該分娩からご請求する費用について、原則50万円の一給金の範囲内で、当該の会計窓口にて現金でお支払いただきます。出生費用が50万円未満で請求した場合は、その差額を医療保険者にご請求することができます(詳細が医療保険者へ申請してください)。
 ※当該が医療保険者から受け取った一時金の範囲内で、妊婦の方へ一時金の支給があったものとして取り扱われます。
- 保険診療を行なった場合の3割負担の窓口払いも、上記範囲内で一時金をお支払いに充てさせていただきます。
- 産前産中・入院中に保険証を紛失した場合、速やかに保険証が変更された場合は、すみやかに変更後の保険証を提出してください。
 ※ 保険証変更後、半年以内の方は、以前の返戻額請求を受けられる場合があります。その際は異時点先封筒書を保険証と併せてご提出ください(詳細は社会保険の場合同様に以前の請求額先、国民健康保険の場合は市役所にお問い合わせください)。
- 妊婦健診等により、帝王切開などの高経年分娩が必要とわかった方は、加入されている医療保険者に「妊婦健診費用返戻」等の申請を提出いたします(社会保険の場合はお断り先、国民健康保険の場合は市役所にお問い合わせください)。「分娩助産費確認証」はすみやかに提出にしてください。
- 「出生育児一時金等の医療機関等への直接支払い制度」をご利用される、一時金を医療保険者から詳細の方がお断り取り除くことも可能です。その際は出生育児の全部について返戻時に会計窓口にて現金でお支払を依頼いたします。

以上の説明を受けた上で、「PL 病院 出生育児一時金等の医療機関等への直接支払い制度」の利用を合意いたします。
 □ 合意いたします(本人が医療保険者以外へ出生育児一時金を申請いたします)。

保険者名	年 月 日
□ () 国民健康保険	
□ () 国民健康保険組合 () 支部	氏名
□ () 健康保険組合	氏名
□ ()	(世帯主) 氏名

〈ID〉

入院料 宝生会 P.L.病院
 院長 西 隆 久

受診・ご入院される患者様へ

当院では、「患者様と医療関係者の十分な情報の共有と理解した上での同意」に基づき、患者様のご希望に沿った最適な治療を行いたいと思っております。
 つきましては、今回の受診やご入院に際し、**患者様ご本人のお気持ちをお伺いいただきたい**と思っております。今回の受診やご入院にお答えくださいますようお願いいたします。ここで書かれた内容は今のお気持ちです。後日お気持ちが変わりましたら、主治医または看護部長までお申し出ください。なお、この用紙は当院受診された患者様や入院される患者様全員にご記入いただいております。

※黒ボールペンまたは黒いペン(もしくは鉛筆)をしてください。

氏名 _____ 記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ★患者様ご自身でご記入できない方は、代筆していただき、代筆者の方のお名前をお書きください。
 ↓ 代筆者名 _____ 関係 _____

質問 1.
 あなたは、ご自分の病気の診断名や病状・治療方針・検査結果について、どの程度医師から説明を受けたかと思われますか。

① すべて知りたい
 ② 簡単に知りたい
 →どこまでの説明を希望されますか。下記より適んで○をつけてください
 (診断名・病状・治療方針・検査結果・余命・その他【 】)
 ③ 知りたくない
 ④ 様々 (医師や家族など) の判断にまかせる
 ⑤ その他 ()

質問 2.
 ご自分の病気の診断名や治療方針・検査結果について説明を受ける場合、どなたとお話になりたいですか。(1つだけ適んで○をつけてください)

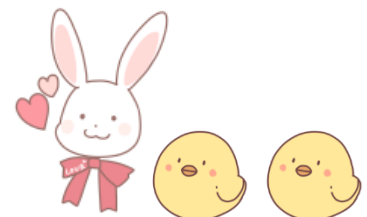
① 自分だけに説明してほしい
 ② 体の人と一緒に説明してほしい
 ③ 自分以外のの人に説明してほしい
 ④ その他 ()

上記2・3を記載された方は、どなたと一緒に、またはどなたに説明をしてもらいたいですか。
 名前 () あなたとの関係 ()

★この用紙は、入院当日病棟のスタッフステーションにご提出ください。

確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 受付者サイン ()

記入漏れがないか確認してくださいね



立ち合い分娩について

当院では、分娩時立ち合い分娩が可能です

1. 立ち合い分娩ができるのは、夫またはパートナー、もしくはそれに代わる成人1名のみです
2. 分娩の進行状況によっては、自宅にて待機していただくことがあります
ご連絡は携帯、または自宅への電話となりますのでいつでも連絡が取れる状態で待機してください
3. 立ち合い分娩をされた当日は、どなたも面会はできません

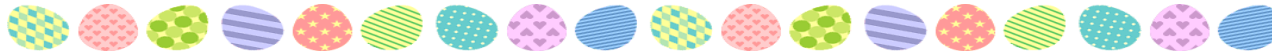
ご理解頂きたい事

★立ち会われる方の当日の身体症状によっては、立ち合い分娩をご遠慮いただくことがございます

★感染症流行期は、立ち合い分娩が不可となることもございます
感染症拡大防止への対策にご協力ください

詳細は、外来での保健指導時に助産師までお問合せください

立ち合い分娩ご希望の方はこの書類を忘れないでね



立ち合い分娩を希望されるご家族へ

健康チェック表

立ち会い出産を希望されるご家族へ <本人控え>

当院では、新型コロナウイルス感染拡大防止に留意したうえで立ち会い出産をしています。出産されるお母さんと、赤ちゃんの健康と命を守るため、以下の注意事項を守っていただくようお願いいたします。

【立ち会いできる方】
夫（パートナー）または母（それに準ずる方）となります。

【立ち会いできる時期・時間】
分娩が進んでから分娩後2時間までです。
*分娩が進んできた段階で病院（もしくは妊婦ご本人）から連絡させていただきます。
*急速に分娩が進行した場合や、病棟の状況により、立ち会い出産に間に合わないこともありますのでご了承ください。

【立ち会いできる条件】

- 過去2週間に感染が疑われる人や濃厚接触者との接触がない。
- 過去2週間の発熱がない。（2週間の健康チェックシートを記入していただきます）
- 過去2週間 咽頭痛・鼻汁・咳・倦怠感・息苦しさ・味覚障害・嗅覚障害などの症状がない。
- 家庭内・職場・学校に発熱などの体調不良者がいない。
- 来院時に風邪の症状、体調不良の自覚などがなく、体温が37.5度未満である。（当日検温と体調確認を行います）
- 日常生活の中で以下の点に十分注意して生活している
 - ・3密（密閉・密集・密接）を避けている。
 - ・感染リスクが高まる「5つの場面」を避けている。

飲酒を伴う懇親会等・大人数や長時間に及ぶ飲食・マスクなしでの会話・狭い空間での共同生活（特に家族以外）・居場所が切り替わる場面（休憩室や更衣室、喫煙所など）
*厚生労働省 HP「感染リスクが高まる5つの場面」参照

【注意事項】

- 入院時に必ずこの用紙と健康チェックシートを持参してください。
スタッフにより、当日の健康チェックとともに立ち会いできるか確認させていただきます。
- 病院内ではマスクの着用が必要です。必ずご自分で不織布マスクをご準備ください。
- 立ち会い中は病棟内での食事はご遠慮ください。
- 立ち会い中に気分不良や体調が悪くなった場合は必ず申し出てください。
- 帰宅後に発熱や体調不良が現れた場合は速やかに病院に連絡して頂き、検査を受けていただくようご協力をお願いいたします。

説明日： 年 月 日 PL 病院 産婦人科病棟
説明者： _____
妊婦本人署名： _____ 夫（パートナー）署名： _____

健康チェックシート

妊婦氏名() 立ち会い者氏名() / 続柄()
立ち会い者の新型コロナワクチン 接種回数(回) 最終接種日(年 月 日)
立ち会い者のコロナ罹患歴(有 無) 最終罹患日(年 月 日)

	日付	体温	咳嗽	倦怠感	咽頭痛	頭痛	息苦しさ	味覚・嗅覚障害	下痢	嘔気・嘔吐	その他の症状
1			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
2			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
3			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
4			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
5			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
6			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
7			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
8			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
9			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
10			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
11			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
12			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
13			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
14			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	

*妊娠35週になったら分娩に立ち会う方は、体温測定と上記の症状の有無を確認し記入をお願いします。

*来院時は、必ずこの用紙をご持参ください。

忘れたら立ち合い分娩ができなくなるので
気を付けてね

入院セット レンタル申込書

小山メディカルサービス株式会社 御中

1

入院・入所セットレンタル 申込書兼契約書 ※弊社記入欄

私(ご利用者及びご契約者)は、裏面の【利用約款】と【個人情報の取扱いに関する同意】の内容を確認し、同意の上で申し込みます。

※太枠内を **ボールペン等(消せないもの)** でご記入ください。

病院・施設名	PL病院			ID	
申込日	年	月	日	部屋名	号室
フリガナ	姓	名		性別	◎
ご利用者				男・女	
ご利用者生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日	

フリガナ	姓	名		性別	◎
ご契約者				男・女	
ご契約者生年月日	M・T・S・H	年	月	日	ご利用者との続柄
ご契約者 自宅住所	〒	都道府県	市	区	建物名、部屋番号もご記入ください。
ご契約者連絡先	自宅電話	-	-	携帯電話	-

※保険会社・社会福祉協議会・代理人等へ請求書を送付する場合は、下記にご記入ください。

請求書送付先 (保険会社等)	〒	都道府県	市	区	【保険会社等の名称】
上記連絡先	電 話	-	-	担当者	様

※ご利用されるセットの欄に を記入してください。

利用開始日	年	月	日	商品名(セット名)	病衣タイプ	衣類サイズ	レンタル料 日額単価(税込)
				<input type="checkbox"/> A 病衣・タオル セット	<input type="checkbox"/> 基準 <input type="checkbox"/> ガウン <input type="checkbox"/> 介護つなぎ <input type="checkbox"/> マタニティ	S M L LL	490円
				<input type="checkbox"/> B 病衣 セット	<input type="checkbox"/> 基準 <input type="checkbox"/> ガウン <input type="checkbox"/> 介護つなぎ <input type="checkbox"/> マタニティ	S M L LL	388円
				<input type="checkbox"/> C タオル セット			368円
				<input type="checkbox"/> おむつ ①テープ セット			560円
				<input type="checkbox"/> おむつ ②パッド セット			320円
				<input type="checkbox"/> 口腔ケア セット			120円
				<input type="checkbox"/> 小児 セット	<input type="checkbox"/> 基準 <input type="checkbox"/> ホンチョ	S M L LL	240円

- ・セット内容、請求・支払い方法については、入院・入所セット案内のパンフレットをご覧ください。
- ・【利用約款】【個人情報取扱いに関する同意】をご確認の上でお申し込みください。
- ・ご利用者の容態に応じて、看護師の判断により、入院・入所セットの利用期間及び内容を変更する場合があります。
- ・セット変更、利用商品の追加等のご希望がございましたら、病院窓口もしくは弊社までお問合せください。
- ・申込書控えは大切に保管してください。

病院・施設様用備考欄

■ 運営管理会社(個人情報問合せ窓口)
 小山メディカルサービス株式会社
 〒542-0012 大阪市中央区谷町9丁目1-18 アクセ山谷町ビル8F
 (電話)0120-296-610 (FAX)0120-215-580
 《受付時間》 9:00~17:00
 月~金曜日(祝祭日、年末年始、お盆を除く)
 ①弊社控(お申込時)

こちらは必要な方
のみです
入院会計とは別
のお支払いとなります



37週に入ってからのご過ごし方

楽なお産？

スムーズなお産？

家族みんなで迎えるお産？

ママも赤ちゃんも元気なお産？

出血が少ないお産？

安産ってどんなお産？

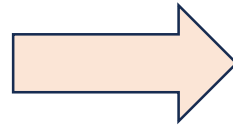
お産の時の過ごし方

お産の流れについて

呼吸法・リラックス法

バースプランに記入してみよう

①どんなお産がしたいのか
まずはイメージしよう！



Keywordは。。。

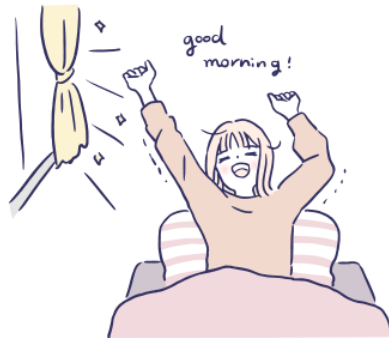
1. 身体を温める

2. 体力をつける

栄養バランスを
考えて3食食べ
よう



早寝・早起き
朝型リズムの生活習慣



温かい飲み物や食べ
物を意識してる？


半身浴も効果的に
身体を温めるよ



お腹や腰回りもあったかくね

膝や足首を冷やさないでね

③運動をして子宮も運動させよう

このころになると自然にお腹が張ってきます これは子宮の準備体操!(^^)! 子宮も準備が整えばお産はスムーズだよね 

tippi

ウォーキングや



マタニティーヨガや



お家のお掃除だって

身体を動かすこと=子宮の準備体操

お腹が張っても続けて身体を動かして大丈夫だから、しっかり動こうね
乳頭マッサージも効果的です 詳しくは助産師に聞いてね

お産が近づいたら。。。

お腹がよく張るよ
うになるよ

胃のあたりがすいた
感じになるよ

赤ちゃんのダイナミック
な動きが少なくなるよ
でも、手足の動きはある
からね

足の付け根が痛く
なったり、だるくな
るよ



おりものが増えたりピ
ンクや茶色の織物が出
たりするよ
(特に内診の後にね)

腰がだるく感じるよ

尿の回数が増えたり
お通じが気持ちよく
出なかったりするよ

外来診療時間内は

0721-24-3100

土曜日午後・日・祝、夜間は

0721-23-7888

病院へ電話するタイミング



規則的なお腹の痛み（腰痛として感じる方もいます）

お1人目の方。。。。10分毎になったら

お2人目以降の方。。20～15分毎になったら



出血

トイレでポタポタ落ちるくらい、または塊が出る時

★出血の量が少なくても連絡してください



破水

感染の危険がありますから、陣痛がなくてもすぐに連絡してください



その他、いつもと違うな、おかしいなと思うとき

胎動が少ない時、感じにくい時、分からないとき

ずっと続くお腹の痛み など



出産後すぐの肌と肌の触れ合いについて（早期母子接触）

PL病院では、生まれてすぐの赤ちゃんをママの胸の上で抱っこしてもらう「出産後すぐの肌と肌の触れ合い（早期母子接触）」を行っています

このケアには

ママは赤ちゃんの温かさや呼吸を感じることができ、赤ちゃんとの絆が強まると言われています。また、母乳の分泌も促進されると言われています

赤ちゃんは、ママに抱かれることで呼吸や体温を安定させることができ子宮の外の世界に適応しやすくなります。

また、ママの持っている常在菌を赤ちゃんに渡すことで感染から守ることができるとも言われています

たくさんのメリットがある反面、

子宮の外の世界に上手く適応できずに急変する赤ちゃんもいます

急変は約1万人に1人、重篤な事例は5万人に1人発生すると報告されています

PL病院では生まれた赤ちゃんの状態を確認し30分以内にケアを開始します

赤ちゃんには呼吸状態を知る為にセンサーを付けて、スタッフが15分毎に観察を行います。また、ママやご家族・スタッフみなで見守りながら2時間程度行っています

十分な配慮のもとで行いますが、不安や分からないことがあればいつでもスタッフにお尋ねください

私の バースプラン

お名前 () (初産・経産) 予定日 年 月 日

お産に対しての素直なお気持ちや考え、ご希望を私たちに教えてください
可能な限りお気持ちに寄り添い、思い描いたお産となるよう私たち助産師にお手伝いさせてく
ださいね
少しずつ書き足しながら、妊娠36週頃の妊婦健診時に安産マップにはさんで提出してください

1. どんなお産がしたいですか。またご希望はありますか
2. ママになることや出産についてどんなお気持ちですか
3. パパ、パートナーの方、立ち合いされる方へよろしければ現在のお気持ちを書
いてください
4. 早期母子接触は希望されますか はい ・ いいえ

ご面会について

当病棟では入院中の患者様や赤ちゃんへの感染予防及び、産後や術後の安静・疲労回復などの理由により面会制限を設けています
皆様のご理解とご協力をお願い致します。

面会時間は13時～19時

1. ご面会できる方は赤ちゃんのお父さんと祖父母のみです。一度に面会できるのは2名までです

*面会はデイルームで、赤ちゃんは窓越しで面会となります

*赤ちゃんのお父さん、祖父母以外の大人の方は面会できません

*面会制限については、ご家族やご友人にもお伝えいただきご協力ください

2. 病棟へ入る前に手洗い、病棟入り口に設置しているアルコール手指消毒剤での手指衛生を行ってください

*毎回の面会前には健康チェックのための問診票にご記入ください

～注意事項～

1. 面会数日前から下痢・嘔吐や発熱、咳などの症状のある方は面会をお断りさせていただきます。症状が治まってもすぐには面会に来られないようお願いいたします

2. 面会時は不織布マスクを装着願います（布マスクは不可）

3. インフルエンザやコロナ等感染症が流行している時期は、面会中止となることもあります