

Informações sobre admissão hospitalar

HOSPITAL DE FUNÇÕES ESPECÍFICAS

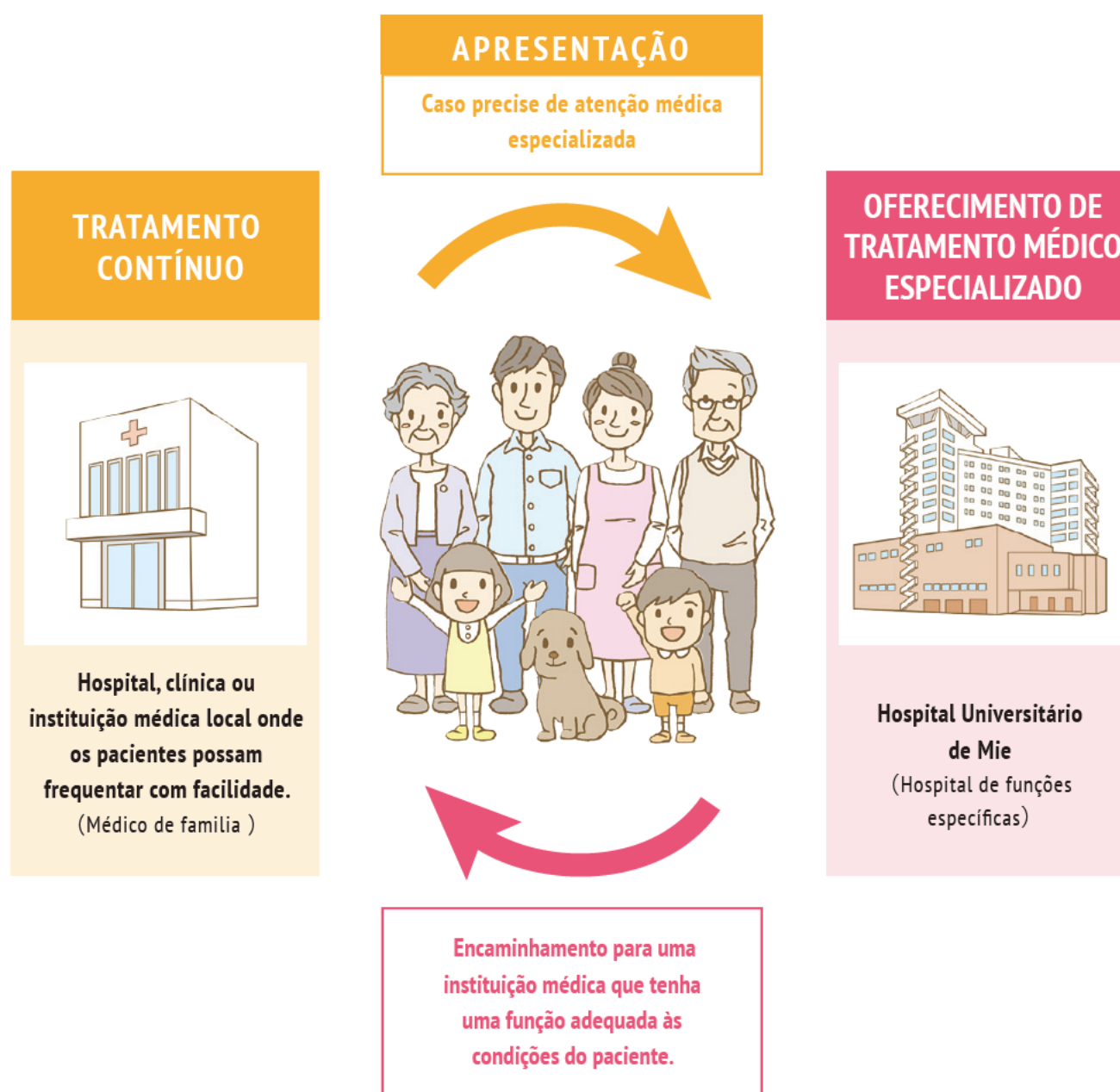
SOBRE O NOSSO HOSPITAL DE FUNÇÕES ESPECÍFICAS [特定機能病院として]

Como hospital de funções específicas, nos responsabilizamos principalmente pelas enfermidades agudas e assistência médica avançada.

Em princípio, conforme o estado do paciente, fornecemos atendimento médico especializado para os pacientes que vêm encaminhados de outras instituições médicas.

Quando o estado do paciente estiver estabilizado, após obter o seu consentimento, o re-encaminharemos para um instituição médica que tenha funções adequadas às suas condições. Agradecemos a sua compreensão.

NOS ESFORÇAMOS PARA OBTER UMA COOPERAÇÃO TRANQUILA COM AS INSTITUIÇÕES MÉDICAS LOCAIS.



SOBRE ATENDIMENTO DA CONSULTA AO PACIENTE

[患者相談窓口について]

- Consideramos e apoiamos em grupo, as suas preocupações e problemas da vida diária que podem surgir devido às doenças e ferimentos.
- Cooperamos com instituições médicas locais, caso seja necessário.
- O conteúdo da consulta é confidencial para proteger a posição do paciente
- A consulta é gratuita, sinta-se livre para consultar.

PRINCIPAIS CONTEÚDOS DE CONSULTAS

- Sobre a vida diária durante a internação e depois da alta hospitalar.
- Sobre o bem-estar e Sistema de Segurança Social.
- Sobre a segurança médica.
- Sugestões e solicitações relacionadas ao tratamento e serviços médicos neste hospital.
- Intérpretes de português e espanhol.
- Consulta de doenças incuráveis (de difícil de tratamento).
- Consulta psicológica para o paciente e familiares.
- Consulta geral para câncer
- Sobre o bom equilíbrio entre tratamento e trabalho

No Centro de Apoio à Consulta de Câncer, poderá consultar-se sobre ansiedade e preocupações durante o tratamento médico com a enfermeira especializada em oncologia e assistente social.

| | |
|-------------------------------|--|
| HORÁRIO DE ATENDIMENTO | Dias da semana 8h30~17h ※ Perguntar à equipe da enfermagem quando for fora do horário de expediente e feriados. |
| LOCAL | Centro de Suporte Geral no 1º andar na ala de atendimento ambulatorial. |
| RESPONSÁVEL | Diretor do Centro de Suporte Geral |
| ENCARREGADOS | Enfermeiras • Assistentes sociais • Psicólogos (as) • Intérpretes • Funcionários administrativos. |

PARA AS PESSOAS QUE VÃO SE HOSPITALIZAR.

[入院される方へ]

INTERNAÇÃO EM DIAS ÚTEIS (de SEGUNDA-FEIRA a SEXTA-FEIRA) [平日の場合]

— Procedimentos do dia —

No dia da internação, venha ao hospital entre as 9h e 10h da manhã.

Dê entrada no guichê No.3 no 1º andar na ala de atendimento ambulatorial. Informaremos o piso da enfermaria que você deverá subir.

(1) TRÂMITE DE ADMISSÃO HOSPITALAR

TRAGA OS SEGUINTE DOCUMENTOS PREENCHIDOS COM AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS, ENTREGUE-OS NO GUICHÊ Nº3, 1º ANDAR, ALA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL.

Certificado de garantia de internação Cartão de seguro de saúde Cartão de registro de paciente (ID) (Cartão de consulta do hospital). Ficha de confirmação da visita

※SOMENTE AQUELES QUE TÊM

Certificado de Beneficiário para Idosos (pessoas acima de 70 anos).
 Certificado de Qualificação de Recibo de Despesas de Bem-estar Médico
 Certificado de Beneficiário de Despesas Públicas
 Certificado de Limitações de Despesas Médicas
 Recibo de Administração de Valor Máximo para Pagamento Próprio

(2) VERIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS TRAZIDOS DE SUA CASA.

APÓS O PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO, VÁ AO GUICHÊ Nº10 (RECEPÇÃO DE MEDICAMENTOS TRAZIDOS), 1º ANDAR, ALA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, INDEPENDENTE DE ESTAR OU NÃO FAZENDO USO DOS MEDICAMENTOS.

Se você estiver usando regularmente algum medicamento, apresente-os todos juntos com os pertences listados abaixo. O farmacêutico verificará.

Medicamento que está usando regularmente: medicamento de uso interno, inalante, supositório, compressa, colírio, outros.
 Caderneta de medicamentos • Bula de medicamentos
 Alimentos funcionais e suplementos que utiliza habitualmente.

A devolução dos medicamentos e a caderneta de medicamentos será feita na enfermaria.
Às vezes, requer-se tempo para a devolução dos medicamentos.
Guarde uma dose de medicamentos para ser tomado antes ou depois do almoço no dia da internação.
Só se permite usar medicamentos indicados pelo médico durante a internação.
Certifique-se de apresentar todos os medicamentos trazidos de casa.
É proibido consumir suplementos e alimentos funcionais, em princípio. Consulte o médico caso queira usá-los.

(3) SUBA ATÉ A ALA DE INTERNAÇÃO PELO ELEVADOR EXCLUSIVO PARA A HOSPITALIZAÇÃO (MAIS ADIANTE DO LAWSON)

HOSPITALIZAÇÃO NOS FINS DE SEMANA E FERIADOS [土・日・祝日の場合]

— Procedimentos do dia —

A entrada principal fica fechada o dia todo.

Estacione o veículo no estacionamento de consultas ambulatoriais e entre pela “Entrada Fora de Expendiente”.

(1) TRÂMITES DE HOSPITALIZAÇÃO

TRAGA OS SEGUINTE DOCUMENTOS (PREVIAMENTE PREENCHIDOS) E APRESENTE-OS NA RECEPÇÃO DE “FORA DE EXPEDIENTE” (GUARITA).

Certificado de garantia de internação Cartão de seguro de saúde Cartão de registro de paciente (ID) (Cartão de consulta do hospital). Ficha de confirmação da visita

※SOMENTE AQUELES QUE TÊM

Certificado de Beneficiário para Idosos (pessoas acima de 70 anos).
 Certificado de Qualificação de Recibo de Despesas Médicas de Bem-estar
 Certificado de Beneficiário para Gastos Públicos
 Certificado de Limitações de Despesas Médicas
 Recibo de Administração de Valor Máximo para Pagamento Próprio

INFORMAREMOS EM QUAL ANDAR DA ALA DE INTERNAÇÃO QUE DEVERÁ SUBIR.

(2) SUBIR NA ALA DE INTERNAÇÃO PELO ELEVADOR EXCLUSIVO PARA A HOSPITALIZAÇÃO.

(3) VERIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Se você estiver tomando os medicamentos atualmente, entregue-os para a enfermeira na enfermaria, juntamente com os pertences listados abaixo.

Medicamento que está usando regularmente: medicamento de uso interno, inalante, supositório, compressa, colírio, outros.
 Caderneta de medicamentos • Bula de medicamentos
 Alimentos funcionais e suplementos que usa habitualmente.

Guarde uma dose dos medicamentos para ser tomado antes ou depois do almoço no dia da internação, pois às vezes, requer-se tempo para devolvê-los.
O objetivo da verificação do conteúdo dos medicamentos é para que você possa usá-los com segurança durante a hospitalização.

SOBRE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Caso houver algum documentos que não pôde apresentar na hora de admissão na Recepção Fora de Expediente, apresente-o no guichê nº3 do 1º andar, ala de atendimento ambulatorial, em dias úteis (de segunda-feira a sexta-feira).

SOBRE A VIDA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO [入院生活について]

01 | UTENSÍLIOS NECESSÁRIOS PARA INTERNAÇÃO [入院に必要なもの]

- Higiene pessoal** (pasta e escova de dentes, sabonete, xampu e condicionador, sabão em pó ou em líquido para lavar roupas)
- Utensílios para comer** (talheres como palitinhos "ohashi", colher, copo)
- Utensílios para uso diário** (pijamas, roupas íntimas, toalhas de rosto e de banho, lenços de papel)
- Sapatos antiderrapantes** (não use chinelos ou sandálias para evitar quedas)
- Outros** (materiais para escrever: lápis, caneta, caderno, etc, penhoar, aparelho de audição, lentes ou óculos, próteses dentárias, barbeador, etc.)

Para reduzir o trabalho do paciente e da família, oferecemos serviço de aluguel a uma taxa fixa diária (tarifa separada) chamada CSset (Support Care). Este kit inclui os utensílios necessários para internação.

Informaremos sobre o conteúdo, o custo e o formulário de solicitação do CSset na explicação de internação no Centro Geral de Suporte. As pessoas que solicitarem o CSset, apresentem o formulário na enfermaria.

※ Os artigos de uso diário e fraldas descartáveis também são vendidos na loja de conveniência Lawson e loja de produtos médicos localizados no primeiro andar.

02 | SOBRE QUARTOS DO HOSPITAL [病室について]

SOLICITAÇÃO DE QUARTOS.

- Mesmo que você tenha solicitado um quarto privado com antecedência, podemos não oferecer conforme as condições médicas do paciente e da disponibilidade da enfermaria. Pedimos de antemão, a sua compreensão.
- Quando o seu estado estiver estabilizado, ocasionalmente pediremos a sua transferência para outra enfermaria a fim de possibilitar a internação de outro paciente que necessite o tratamento. Nesta ocasião, iremos explicar a situação.

SOBRE QUARTOS PRIVADOS

- As cobranças dos quartos particulares serão cobradas de acordo com os dias, e NÃO POR HORAS, incluindo os dias de hospitalização, alta ou dias com permissão para pousar em casa. Por exemplo, no caso de uma pernoite e dois dias fora, será cobrado por dois dias
- As tarifas de quartos privativos não são cobertas pelo seguro.
- As especificações dos quartos privados são as seguintes:
※ Adquirir um cartão para usar geladeira e TV instalados no armário de cabeceira.

| | |
|------------------|---|
| Quarto privada A | Chuveiro e banheira, banheiro, cozinha, sala, TV grande, forno micro-ondas, geladeira |
| Quarto privada B | Chuveiro, banheiro, forno micro-ondas, armário de cabeceira com TV e geladeira, guarda-roupas |
| Quarto privada C | Chuveiro, banheiro, forno micro-ondas, armário de cabeceira com TV e geladeira, guarda-roupas |
| Quarto privada D | Armário de cabeceira com TV e geladeira |

Sobre os quartos compartilhados

- As tarifas dos quartos compartilhados são cobertas pelo seguro (Sem custo extra)
- O armário de cabeceira com TV e geladeira é designado para cada paciente, e será um guarda-roupas em vez de um armário.
※ É preciso comprar um cartão de TV para usar TV e geladeira instaladas no armário de cabeceira.

03 | SOBRE AS INSTALAÇÕES DAS ALAS DE ENFERMIARIAS DO 5º AO 11º ANDAR. [病棟5~11階の施設について]

| | LOCAL | TEMPO DISPONÍVEL PARA O USO |
|---|--|------------------------------|
| BANHEIRA DE IMERSÃO OU CHUVEIRO | CADA ENFERMARIA | CONFIRMAR EM CADA ENFERMARIA |
| LAVANDEIRA ※ TRAZER O SEU PRÓPRIO SABÃO EM PÓ OU LÍQUIDO | | |
| BEBEDOURO (CHÁS E ÁGUA) | PERTO DO REFEITÓRIO EM CADA ANDAR | |
| ÁREA DE TELEFONE PÚBLICO | | |
| PLUGUE DO CABO LAN ※ Trazer o seu próprio cabo LAN | ARMÁRIO DE CABECEIRA | |
| MÁQUINA DE VENDA DE CARTÃO DE TELEVISÃO | CADA ANDAR (PERTO DE LEVADOR) | 24 horas |
| MÁQUINA DE VENDA AUTOMÁTICA DE BEBIDAS | | |
| ÁREA DE USO DE TELEFONE CELULAR | LUGAR DE VISITAS DE CADA ANDAR, ÁREA DE TELEFONE PÚBLICO | |

04 | SOBRE AS REFEIÇÕES [お食事について]

| | | | | | |
|---------------|-----|--------|------|-------|------|
| CAFÉ DA MANHÃ | 8 h | ALMOÇO | 12 h | JANTA | 18 h |
|---------------|-----|--------|------|-------|------|

- As refeições são preparadas sob as instruções do médico. Por favor, evite consumir outros alimentos e bebidas exceto as refeições do hospital, pois eles são um obstáculo ao tratamento.
- Poderá escolher pão ou arroz no café da manhã; informe a enfermeira no dia da internação. Caso escolha pão, o custo adicional é de 170 ienes por cada café da manhã.
- Temos um serviço de escolha do cardápio para almoço e janta para os pacientes que não têm restrição das refeições hospitalares. (custo adicional de 170 ienes) Peça mais informações à enfermeira.

SOBRE AS PROIBIÇÕES



- O mesmo se aplica aos familiares e aos visitantes.
- Com base na Lei de Promoção da Saúde, é proibido fumar em todas as instalações do hospital e no terreno interno ao redor do hospital.
- Proibido fumar cigarros eletrônicos ou qualquer tipo de cigarro.
- Proibido trazer bebidas alcoólicas.

05 | SOBRE OS ACESSÓRIOS DE CAMA [寝具について]

Os acessórios de cama são fornecidos pelo hospital. A troca de lençóis varia de acordo com cada andar (geralmente 1 vez por semana); porém, quando se suja, pode ser trocada a qualquer momento.

06 | SOBRE OS ACOMPANHANTES [付き添いについて]

Basicamente, não é necessário o acompanhante, a menos que solicitado por razões especiais. Nesse caso, consulte a enfermaria.

07 | VISITAS [面会について]

- Preencha a ficha de visita e entregue-a na enfermaria
- As fichas de visitas serão distribuídas na Informação Geral (dias da semana 14h ~17h) e recepção fora de expediente (dias da semana 17h ~19h, sábado • domingo • feriado 14h~19h).
- Como regra geral, as visitas devem ser no local de visitas de cada andar.
- No dia de cirurgia ou durante o período grave, a visita é apenas da família.
- Para evitar qualquer tipo de infecção, não é permitida a visita de crianças menores de 12 anos (estudantes da escola primária) à área de hospitalização.
- Não será permitida a visita de pessoas com sintomas de gripe ou outras doenças infecciosas. Limitamos ou proibimos visitas, dependendo da condição do paciente. Agradecemos a sua compreensão.
- Por favor respeitar o horário de visita para contribuir com a recuperação e o tratamento do paciente.

HORÁRIO DE VISITAS EM CADA ENFERMARIA

14h ~19h

Centro de Médico de Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

14h ~15h / 18h~19h

08 | SOBRE SAÍDAS TEMPORÁRIAS E POUSADA FORA DO HOSPITAL [外出・外泊について]

É preciso a permissão do seu médico para uma saída temporária ou pousada fora do hospital durante a internação. Se desejar, entre em contato com seu médico ou enfermeiro (a). É necessário comprovante de autorização. Como regra geral, a pousada fora do hospital é de uma pernoite e dois dias

09 | HORÁRIO DE APAGAR AS LUZES [消灯時間について]

AS LUZES SE APAGAM ÀS 21h.

- Apague televisão, rádio, etc, e descanse por favor
- Por razão de segurança, as luzes abaixo da cama se acendem mediante um sensor de movimento humano.

10 | SOBRE HORÁRIO DE FECHAMENTO DE ENTRADA DA ENFERMARIA [病棟入口の閉鎖時間について]

22h~6h

- Para garantir maior segurança, ela permanecerá fechada a noite toda.
- Toque a campainha se precisar entrar na enfermaria do hospital.

11 | SOBRE TELEFONES CELULARES E DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS. [携帯電話・電子機器類の使用について]

- Os dispositivos eletrônicos como telefones celulares, computadores, tablets, aparelho de barbear elétrico, etc., devem ser administrados pelo próprio paciente. Também solicitamos a consideração para não perturbar os demais pacientes quando utilizar estes objetos.
- Ative o modo silencioso do telefone celular e evite conversar por telefone fora das áreas permitidas (local de visitas de cada andar, área de telefone público). Desligar o seu telefone celular nas áreas proibidas de uso de telefone celular, como sala de cirurgias, sala de consultas, sala de exames, etc.
- É proibido trazer dispositivos ou aparelhos eletrônicos não mencionados acima.

12 | SOBRE PRÓTESE [補助具の取り扱い]

PRÓTESE DENTÁRIA

- Em alguns casos, as dentaduras devem ser removidas para exame ou cirurgia. Mantenha-as em seus recipientes com água suficiente para não perdê-las.
- Se não puder utilizar as dentaduras por um tempo, seja por cirurgia ou por tratamento, pedimos aos seus familiares que as levem para casa. Tome cuidado: não embrulhe a dentadura com lenço de papel, pois corre-se o risco de jogar fora acidentalmente ou de ressecá-la.
- O hospital não se responsabiliza pela perda das dentaduras.

APARELHOS DE AUDIÇÃO OU LENTES (ÓCULOS)

- Por favor, seja o responsável para cuidar dos seus óculos ou seu aparelho auditivo.
- O hospital não se responsabiliza pela perda dos seus pertences.

OBJETOS DE VALOR E PROPRIEDADE PESSOAL DO PACIENTE

Para evitar a perda ou o roubo de pertences, use o cofre simples instalado no armário de cabeceira.

Evite trazer dinheiro ou objetos de valor. Esses objetos devem ser administrados, basicamente pelo paciente ou pela família, incluindo a chave do cofre. O hospital não se responsabiliza pela perda ou roubos dos seus pertences.

Necessitamos a sua compreensão e cooperação para ajudá-lo a levar uma vida de internação confortável e segura. Por favor, após a internação, verifique informações detalhadas na enfermaria.

13 | SOBRE AS INSTALAÇÕES HOSPITALARES [院内施設について]

| NOME | LOCAL | DIAS DA SEMANA | SÁBADO | DOMINGO E FERIADO | |
|--|--|---|----------|-------------------|--|
| RESTAURANTE | Ala de internação hospitalar 12º andar | 8h30~20h30 (Incluindo feriados) | | 8h30~14h | |
| BIBLIOTECA PARA PACIENTES | Ala de internação hospitalar 6º andar | 9h~17h | Fechado | | |
| LOJA DE SUPRIMENTOS MÉDICOS | Ala de internação hospitalar 1º andar | 8h30~17h | Fechado | | |
| CABELEIRO | | 8h30~16h30 | Fechado | | |
| SALÃO DE BELEZA | | 9h~17h | 9h~16h30 | Fechado | |
| ÁREA DE DESCANSO E DESCONTRAÇÃO | | 24h | | | |
| MÁQUINA DE ACERTO DE CONTA DO CARTÃO DE TV. | Ala de internação hospitalar 1º andar Frente do levador | 24h | | | |
| ALUGUEL DE CAMAS E COBERTORES (PARA ACOMPANHANTES) | Ala de internação hospitalar 1º piso Recepção da loja de suprimentos médicos | 8h30~17h | Fechado | | |
| CORREIOS | Lado direito saindo entrada principal | 9h~17h (Atendimento de guichê até 16h) | Fechado | | |
| CAIXA ELETRÔNICO DO CORREIO | | 9h~17h30 | 9h~17h | | |
| CAIXA ELETRÔNICO DOS BANCOS Hyaku go ginko Daisan ginko Mie ginko | Ala de ambulatório 1º andar | 7h~21h | | | |
| Lawson | | 7h~22h (Fechado durante o final de ano e ano novo e dia de manutenção) | | | |
| Doutor coffee | | 7h30~19h | 8h~17h | | |
| WI-FI GRÁTIS | Ala de ambulatório 1º~3º andar | 24h | | | |
| ESCRITÓRIO DE ORGANIZAÇÃO DO ESTACIONAMENTO | Lado direito da entrada principal do hospital | 7h30~19h30 | | | |

SOBRE A SEGURANÇA MÉDICA

[医療安全について]

Neste hospital, consideramos o paciente e suas famílias como membros da equipe médica, portanto, solicitamos a sua cooperação com as medidas de prevenção de acidentes, prevenção de infecções hospitalares, prevenção de úlceras de decúbito (escaras) e prevenção de quedas

01 | SOBRE PULSEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO [リストバンドについて]

Todos os pacientes hospitalizados usarão as pulseiras. As enfermeiras ou funcionários administrativos colocam as pulseiras aos pacientes após a sua confirmação junto aos seus familiares também. .

02 | GARANTIR A SEGURANÇA DO PACIENTE [患者さんの安全確認]

Neste hospital, verificaremos regularmente a segurança do paciente. Informe as enfermeiras caso for sair da enfermaria.

03 | Prevenção de equivocação do paciente [患者さん取り違え防止]

Sempre realizamos a verificação oral, solicitando ao paciente que diga o seu nome e sobrenome, data de nascimento antes de cada intervenção cirúrgica, exames, exames de sangue, radiografia, infusão de soro, transfusão de sangue, etc. Além disso, verificamos os nomes na pulseira de identificação com um equipamento médico.

04 | PREVENÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES [院内感染予防]

- Os pacientes e visitantes devem usar o álcool desinfetante de secagem rápida que está disposto na entrada da enfermaria ou dos quartos, para desinfetar os dedos e as mãos.
- As pessoas com sintomas respiratórios (tosse ou espirro), favor respeitar a etiqueta de tosse (COBRINDO A BOCA E NARIZ COM LENÇO OU LENÇO DE PAPEL, e desviando-se para o lado onde não há pessoas. Se você não tiver um lenço, deverá cobrir o boca com sua MANGA, para não contaminar as mãos. Use uma máscara para cobrir a boca. Poderá comprar as máscaras na loja de suprimentos médicos dentro do hospital.

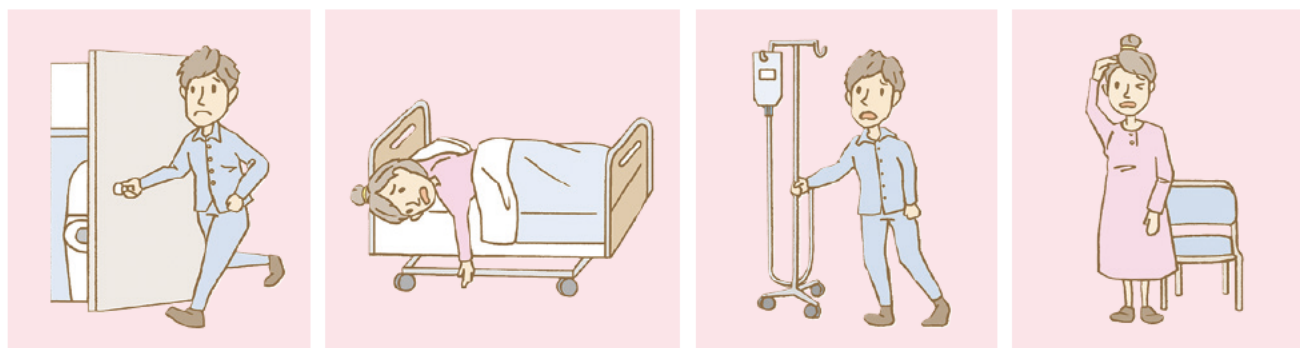
05 | PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE DECÚBITO (ESCARAS) [褥瘡予防]

O repouso prolongado no leito durante a sua estadia no hospital pode dificultar o movimento livre do seu corpo. Nesse caso, seu médico ou enfermeiro (a) explicará sobre a prevenção de escaras de decúbito. Mudaremos periodicamente a posição do paciente acamado ou o tipo de colchão para prevenção.

06 | PREVENÇÃO DE QUEDAS [転倒予防について]

Devido à mudança de ambiente da vida cotidiana com a hospitalização, aumenta-se a possibilidade de ocorrer acidentes de quedas.

Solicitamos a sua cooperação para a prevenção de quedas.



Quando ir ao banheiro às pressas

Quando tentar pegar algo que caiu

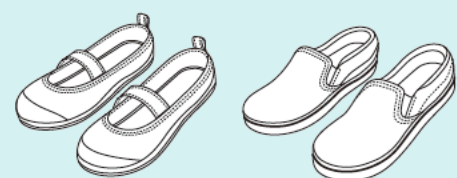
Ao apoiar-se no suporte de soro

Quando sentir tontura ao levantar-se

07 | SOBRE OS CALÇADOS DURANTE A INTERNAÇÃO [入院中の履き物について]

Sapatos antiderrapantes e de tamanho exato.

SAPATOS RECOMENDADOS NESTE HOSPITAL



Sapatos confortáveis



Sapatos antiderrapantes

CALÇADOS QUE CAUSAM QUEDAS



Pantufas



Chinelos e sandálias



Sandálias tipo Crocs

Recomendamos que não use chinelos, sandálias comuns ou sandálias tipo crocs, pois eles saem facilmente dos pés e podem causar quedas.

08 | EM CASO DE EMERGÊNCIA [非常時について]

- Em caso de emergência, siga as instruções dos médicos / enfermeiros e aja com calma
- A saída de emergência está localizada ao sul, ao norte e no centro de cada andar. Por favor, não use absolutamente o elevador.

PARA OS PACIENTES QUE RECEBEM ALTA [退院される方へ]

01 | SOBRE O HORÁRIO DE ALTA HOSPITALAR [退院の時間について]

Como regra geral, deve ser entre 9h30 a 10h. Em caso de transferência hospitalar, o horário varia.

02 | OBJETOS PERDIDOS [退院後の私物の取り扱い]

Os objetos que são encontrados ou deixados no armário e geladeira depois da alta hospitalar são considerados como objetos desnecessários. Como regra geral, nós os descartamos após 3 meses. Tenha cuidado para não esquecer os seus pertences pessoais.

03 | SOBRE O PAGAMENTO [お支払いについて]

A cobrança será entregue na enfermaria aos pacientes que recebem alta. Se a fatura não puder ser emitida, solicitaremos o preenchimento do Compromisso de Pagamento e o enviaremos por correio. Por motivos de atraso do processamento da fatura de tratamento, entre outros, pode ser que solicitemos o pagamento de um valor adicional após a alta.

04 | LUGAR DE PAGAMENTO [お支払いの場所]

Dentro do horário de expediente em dias úteis (8h30~17h) :
Na máquina de pagamento nº 8 que se localiza no 1º andar, ala de atendimento ambulatorial ou no guichê nº 6.
Além do acima mencionado: Recepção Após o Expediente

Para formas de pagamento, consulte a página da lista de taxas. O recibo não pode ser reemitido, por isso, guarde-o com cuidado.

A SOBRE A LISTA DE TARIFAS [各種料金について]

01 | QUARTOS [部屋]

| TIPO DE QUARTOS | QUARTO PRIVADO [A] | QUARTO PRIVADO [B] | QUARTO PRIVADO [C] | QUARTO PRIVADO [D] | QUARTO COMPARTILHADOS | |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|---|
| ÁREA (m ²) | 38.2m ² | 20m ² | 17m ² | 18m ² | 35~47m ² | |
| CUSTO DIÁRIO DO QUARTO (SEM IMPOSTOS) | 22,000 ienes | 12,000 ienes | 10,000 ienes | 8,000 ienes | 0 (zero) ienes | |
| EQUIPAMENTO | CHUVEIRO E BANHEIRA DE IMERSÃO | ○ | - | - | - | - |
| | CHUVEIRO | ○ | ○ | ○ | - | - |
| | BANHEIRO | ○ | ○ | ○ | - | - |
| | COZINHA | ○ | - | - | - | - |
| | FORNO MICROONDAS | ○ | ○ | ○ | - | - |
| | GELADEIRA | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | TV | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | SALA | ○ | - | - | - | - |
| | ARMÁRIO DE CABECEIRA | - | ○ | ○ | ○ | ○ |
| GUARDA-ROUPA | - | ○ | ○ | ○ | - | |

02 | CS SET (Serviço de aluguel diário fixo) [CSセット]

| PLANO BÁSICO | PLANO COM FRALDA INCLUSA |
|--|--|
| 450 ienes (Sem imposto) × dias de contrato | 460 ienes (Sem imposto) × dias de contrato |

※O custo do conjunto CS não está incluído na taxa de admissão, a empresa ERAN cobrará separadamente. (Contato de consulta TEL 0120-325-856)

※O plano de fraldas incluído deve ser solicitado juntamente com o plano básico

03 | ESTACIONAMENTO [駐車場]

| TEMPO DE USO | DESDE ENTRADA ATÉ AS 24H | A PARTIR DAS 24H |
|--------------|--|--|
| TAXA | 100 ienes por hora (preço máximo de 800 ienes) | Taxa do dia anterior + Taxa do dia atual |

※A taxa de estacionamento é grátis se sair em menos de 30 minutos.

04 | REFEIÇÕES [食事]

| REFEIÇÕES NORMAIS (por porção) | REFEIÇÕES SELETIVAS (por porção) |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 460 ienes | +170 ienes |

05 | ATESTADO MÉDICO · OUTROS ATESTADOS [診断書・証明書]

| NOME DE DOCUMENTOS | TAXA (Sem imposto) |
|--|--------------------|
| ATESTADO MÉDICO SIMPLES (FORMULÁRIO HOSPITALAR) (futsu shindansho) | 2000 ienes |
| ATESTADO MÉDICO PARA A COMPANHIA DE SEGUROS (seimei hoken shindansho) | 6000 ienes |
| DADOS PESSOAIS DE DOENÇAS DESIGNADAS INTRATÁVEIS (shitei nanbyo rinsho chousa koj'in hyo) | 3500 ienes |
| Opinião escrita sobre a atenção médica de Doenças Crônicas INFANTIS IDENTIFICADAS (shouni mansei tokutei shippei iryo ikensho) | 3500 ienes |
| OPINIÃO · ATESTADO MÉDICO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA (shintai shougaisha shindansho, ikensho) | 3500 ienes |
| ATESTADO MÉDICO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ (shougai nenkin shindansho) | 4000 ienes |

※Requer-se no guichê nº 5 do 1º andar da ala de atendimento ambulatorial.

※Apresente o cartão do hospital e sua identificação (faremos uma cópia) para verificar sua identidade.

Se o requerente não for a própria pessoa, também é necessária uma Carta de Procuração além dos itens mencionados.

※Requer-se de 4 a 5 semanas para concluir o processo.

※Para outros documentos, exigimos a taxa estabelecida pelo Hospital Universitário de Mie

06 | SOBRE O SISTEMA DE DESPESAS MÉDICAS ELEVADAS [高額療養費制度]

É UM SISTEMA NO QUAL VOCÊ PODE SOLICITAR REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS MENSAIS, QUANDO EXCEDER O VALOR LIMITE.

※Se as pessoas solicitarem o Certificação de Limite de Despesas Médicas [gendogaku ninteisho] antecipadamente, e apresenta-lo ao hospital, pagarão apenas um valor mensal determinado.

※Aplicação será mensalmente (do 1º ao último dia do mês)

※Não inclui os quartos particulares, pijamas de hospitais, refeições e pagamento por encargo próprio (como o da medicina avançada, que é um tratamento que não é coberto pelo seguro)

※O valor mensal determinado varia de acordo com a idade e a renda.

Local da aplicação e informações de contato

- Associação de Seguros de Saúde : A filial listada no cartão do seguro de saúde
- Seguro de Associação de Auxílio Mútuo: Pessoal a cargo da gestão laboral
- Seguro Nacional de Saúde: Balcão municipal

07 | FORMA DE PAGAMENTO [支払方法]

DINHEIRO · CARTÃO DE DÉBITO · CARTÃO DE CRÉDITO

※Para outras formas de pagamento, consulte em cada andar da enfermaria ou no departamento de contabilidade
TEL: 059-231-5076 (Linha direta) 8h30~17h (apenas dias úteis)

ASSUNTO QUE GOSTARÍAMOS DE CONFIRMAR

[ご確認させていただきたいこと]

Para pacientes internados e familiares.

(Os pacientes com menos de 18 anos de idade e internados na maternidade do hospital não são elegíveis.)

Diretor do Hospital Universitário de Mie

Como primeira prioridade, colocamos ênfase à reintegração social e a reabilitação do paciente. Mas, ao mesmo tempo, para proteger os direitos dos pacientes e de suas famílias, confirmamos seus pensamentos sobre a medicina de transplantes.

Marque ○ ao número correspondente dos seguintes itens e entregue-o à equipe da enfermagem.

Agradecemos a sua compreensão e colaboração.

(1) O próprio paciente possui um cartão de indicação de doação de órgãos?

1. Tenho 2. Não tenho 3. Não sei

(2) A intenção de doar órgãos do próprio paciente está indicada na carteira de motorista (resumida), no seguro de saúde ou no sistema de registro de intenção de doação de órgãos?

1. Sim 2. Não 3. Não sei

(3) Você já conversou sobre doação de órgãos com a sua família?
(incluindo o paciente)

1. Sim 2. Não 3. Não sei

(4) Gostaria de ouvir do coordenador sobre doação de órgãos, dependendo da situação?

1. Desejo 2. Não, desejo 3. Não sei

Nome do paciente _____

Nome da pessoa que preencheu o formulário _____ ()
(Relacionamento ou parentesco com o paciente)

Data que preencheu o formulário (ano/mês/dia) _____ anos 年 mês 月 dia 日

※Este formulário é dirigido a todos os pacientes hospitalizados e suas famílias

※A apresentação deste formulário é opcional e não será prejudicado por não enviá-lo.

※Comprovaremos o conteúdo de acordo com a situação.

※Podemos publicá-lo após resumir os resultados, mas suas informações pessoais estão protegidas e nunca serão divulgadas.

※Se você tiver alguma dúvida, informe-se com a equipe da enfermagem.

COMPROVANTE PARA CONFIRMAR VISITAS

面会確認表

| | | | |
|---|-------|----------------|-------|
| No. de ID (identificação) (No. de cartão de consulta médica) | | | |
| Enfermaria | andar | Norte 北/ Sul 南 | |
| Data de internação | ano 年 | mês 月 | dia 日 |

Para pacientes internados

Para proteger a privacidade do paciente, solicitamos antecipadamente sobre a necessidade de limitar as visitas durante a hospitalização.

Orientação aos visitantes. (Marque um ○ onde é aplicável)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Pode passar 案内してよい |
| <input type="checkbox"/> | Não pode passar 案内しないで欲しい |
| <input type="checkbox"/> | Não podem passar, nem saber que eu estou internado 案内しないで欲しいし、入院していることも伝えなくて欲しい |

※Em uma emergência, exibiremos seu nome ou fazemos uma chamada por transmissão interna.

Nome do paciente

Nome do tutor

Escreva apenas se o paciente for menor de idade

Dia de confirmação (a equipe do hospital escreverá)

ano 年

mês 月

dia 日

Para proteger a privacidade, em princípio, não fornecemos nenhum tipo de informações por telefone, sobre a admissões de pacientes, mesmo aos familiares e parentes.

Portanto, se você precisar entrar em contato (por telefone), informe-os com antecedência, sobre o piso e a área de especialização hospitalizar.

GARANTIA PARA INTERNAÇÃO

入院保証書

| | | | |
|---------------------------|-------|----------------|-------|
| No. de ID (identificação) | | | |
| Enfermaria | Andar | Norte 北/ Sul 南 | |
| Data de internação | Ano 年 | Mês 月 | Dia 日 |

Endereçado ao Diretor da Corporação Universidade Nacional
Hospital Universitário de Mie:

Cumpriremos rigorosamente as regras e instruções do seu hospital e nunca causaremos transtornos ao seu hospital pelo pagamento das despesas pessoais dos pacientes e das despesas de hospitalização relacionadas à responsabilidade conjunta dos pacientes e seus garantidores.

O seguinte fiador garantirá até o valor máximo de 500,000 ienes.

| | | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------|-----|---|----------------------------------|
| Paciente 患者 | Endereço | | | No. Tel. | (Resid.) — — (Cel.) — — |
| | Nome | | | Data de Nascimento | ano mês dia M. • F. |
| | Ocupação (Local de trabalho) | | | Tel. (trabalho) | — — |
| Nota (2) Contatos de emergência 緊急連絡先 | Endereço | | | No. Tel. | (Resid.) — — (Cel.) — — |
| | Nome | | | Data de Nascimento | ano mês dia M. • F. |
| | Ocupação (Local de trabalho) | Tel. (trabalho) | — — | Relacionamento ou parentesco com o paciente | de paciente |
| | Endereço | | | No. Tel. | (Resid.) — — (Cel.) — — |
| Nota (3) Fiador 連帯保証人 | Nome | | | Data de Nascimento | Ano Mês Dia M. • F. |
| | Ocupação (Local de trabalho) | Tel. (trabalho) | — — | Relacionamento ou parentesco com o paciente | de paciente |
| | Endereço | | | No. Tel. | (Resid.) — — (Cel.) — — |

Notas

- (1) Certifique-se de escrever o nome e o sobrenome, como está no registro da família.
- (2) Certifique-se de escrever as informações de contato de emergência.
- (3) O fiador conjunto é um adulto que pode viver independentemente em um moradia separada do paciente e ter a capacidade de pagamento.
- (4) Por favor, traga esta garantia no dia da admissão.
- (5) Se houver alguma alteração neste conteúdo, comunique-o na recepção, guichê nº 3 da recepção ambulatorial.

Questionário pré-hospitalar

(No. de cartão do hospital: _____)

ポルトガル語

Especialidade: _____

Nome: _____

Este formulário é usado para entender a condição física do paciente e determinar a possibilidade de poder realizar cirurgia ou tratamento.

Para proteger a segurança do próprio paciente, preencha os dados mais preciso possível.

1. Você teve contato próximo com pessoas infectadas com o novo coronavírus?

Não

Sim * Por favor, verifique à direita Convivo com uma pessoa infectada

Longa conversa dentro de 2 metros em um carro ou avião

Eu cuidei de uma pessoa infectada, sem usar uma máscara

2. Você viajou para o exterior ou para uma área endêmica de coronavírus nas últimas duas semanas?

Não

Sim Dentro do Japão : Nome de província e cidade (_____)

País estrangeiro : Nome do país (_____)

3. Ele frequentou lugares onde eles haviam infectado pessoas como ... shows, clubes esportivos,

lar de idosos, asilo, festivais, cruzeiros etc. dentro de 2 semanas anteriores?

Não

Sim Local (_____)

Meça sua temperatura todos os dias por 2 semanas antes da admissão.

A folha de controle de temperatura está na parte traseira.



Folha de control de temperatura

Meça sua temperatura corporal diariamente por 2 semanas antes da admissão. Se você tiver febre, tosse ou dificuldade em respirar ... Consulte um médico antes da hospitalização. Não vá para uma área lotada 14 dias antes da admissão, pois o risco de infecção é alto.



| Dias | T °C | Verifique se os seguintes sintomas: |
|---------------------------|------|--|
| 14 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 13 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 12 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 11 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 10 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 9 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 8 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |

| Dias | T °C | Verifique se os seguintes sintomas: |
|--------------------------|------|--|
| 7 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 6 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 5 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 4 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 3 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 2 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |
| 1 dias antes da admissão | | <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Fadiga extrema <input type="checkbox"/> Perda recente de olfato ou paladar |