

西埼玉中央病院で産後入院はいかがですか？

赤ちゃんと楽しくハッピーな育児生活をしたい方、産後入院をご存知ですか？

おっぱいの出がよくない気がする…、育児が思うようにいかない…、
とりあえず体がツライ…、そんなママと赤ちゃんを心からお待ちしてます♥

お産後、奥さんとお子さんだけですぐに家で生活させるのは、ちょっと…と心配なご主人、
お産後、家に手伝いに行ってもあげたいけど…、仕事もあるし…、いろいろがあつて…
娘さんが気になりつつも、手伝いに行ってもあげられないお母さん、

**私たちに、お任せいただけないでしょうか？
助産師達が全力でサポートさせていただきます♥**



基本料金 1泊2日 ￥40,000～ 以降1日延長ごとに￥20,000
個室使用時 ￥6,480/日(1泊2日の場合は2日分12,960円の料金となります)
夫が付き添う場合は別途、食事代・付き添いベット代がかかります。

参考スケジュール(一例)

1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目～
問診	沐浴指導	授乳指導	産後の生活指導	授乳指導	延長可
授乳指導	(日程は応相談、家族も可)	母乳ケア	授乳指導	母乳ケア	
母乳ケア	授乳指導	育児指導	母乳ケア	育児指導	
育児指導	母乳ケア		育児指導		
	育児指導				

(内容は、その方に合わせて、その都度、可能な限り調整いたします♪)

お気軽に、お問い合わせください♪おまちしております♪♪ 独立行政法人国立病院機構
西埼玉中央病院2階病棟
04-2948-1111



**平成29年4月より試行期間が終了となります。
基本料金等が変更となりましたのでご了承ください。**

★ママは美Body★

子供を産んでからは、
子供が中心の生活。
それは大事だし幸せ。
でも・・・???

なんか、とっても疲れた。
私の体は大丈夫？自分の
ケアはどうすればいいの？

出かけたいけど、1人
じゃ大変だし、行く所
も限られるなあ・・・。



この時期が必要なのも
分かっている。でも、
ちょっとでもいいから、
私の時間が欲しい！！

友達と連絡とって集まり
たいけど、そんな余裕は
ないなあ・・・。
でも、誰かと話したい！！
リフレッシュしたい！！

そんな方にお勧めです♪

産後エクササイズクラス

産後エクササイズとは、バレエ、ヨガ、有酸素運動など、いろいろな運動の要素が考えられているお産後のためのフィットネスです。

妊娠や育児の影響を整え、ボディバランスや体力の回復を目指せます。

骨盤底筋群のエクササイズによる
尿漏れ、産後の体の回復。



お腹やおしり、いろいろ気
になるところにも効果的♪



意外としっかりめの運動も盛り込まれているため、体力アップやシェイプアップになります。

お子さん連れでも
大丈夫♪



一緒にリフレッシュしてみませんか？

●実施日時

毎月第2・第4木曜日 完全予約制

受付時間 10:00~10:30

プログラム 10:30~11:30

●費用 ￥2,000/回（消費税込み。）

●持ち物

動きやすい服装

屋内用のシューズ

水分補給用の飲料

タオル

（汗拭き用1枚とマットの上に敷く大き目のもの1枚）

お子さん連れの方はお子さんに必要なもの

（オムツ交換・授乳に必要なもの一式など）

●予約方法

電話予約：西埼玉中央病院

04-2948-1111

「産後エクササイズの予約」とお伝えください。

当院に初めてかかる方は、会計のためカルテを作成させていただく関係上、住所・電話番号・生年月日等をお聞きすることがあります。

おっぱい相談室♪

おっぱいは飲んで
るのに、何で寝て
くれないのか

うちの子、体重が
増えないなあ??

おっぱいが張って
痛いなあ??

うまく吸ってくれ
ないなあ??

おっぱいの出が
悪いなあ??



母乳外来



おっぱいで悩んでる方、私たちと
一緒に考えていきましょう♥

助産師が1対1で
誠心誠意対応いたします。

※分娩施設は問いません。
どなたでもお越しいただけます。

●費用

30分 ￥2,000-

1時間 ￥4,000-

※上記料金は全て税込みです。

●実施日時

平日のみ 9時から16時（予約制）

休日・夜間 緊急時相談可（料金変更有あり）



●予約方法

電話予約：西埼玉中央病院

04-2948-1111

「母乳外来の予約」とお伝えください。
当院を初めて受診される方は、事前にカルテを作成
させていただき関係上、住所・電話番号・生年月日
などをお聞きすることがあります。

いつでもご連絡、お待ちしております。

産後入院申込書

入院者	現住所	〒 -		
		携帯 - -		
	ふりがな			生年月日
	氏名	⑩		昭・平 年 月 日(才)
	ふりがな		性別	生年月日
	氏名(ベビー)		男・女	令和 年 月 日(才)
緊急連絡先	TEL	携帯(夫) - - 自宅 - -		
	ふりがな	生年月日(※付添の場合のみ)		
	氏名(夫)	昭・平 年 月 日(才)		

独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院への産後入院を申し込みます。

令和 年 月 日

保証人	現住所	〒 -		
		電話 - -		
	ふりがな			入院者との関係
	氏名	⑩		
	職業		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(才)
勤務先	名称			
	住所	〒 - 電話 - -		

独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院院長 殿

(注)保証人は、入院者とは別世帯で独自の生計を有する成人者をご記入ください。