

# 鶴巻温泉病院 入院のご案内

・地域包括ケア病棟

鶴巻温泉病院 地域連携室

電話:0463-78-1319(直通)

FAX:0463-69-5665(直通)

## 特徴

地域包括ケア病棟	
病床数	39床（本館3階西病棟）
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期治療が終わり、医学的な管理や看護、介護、リハビリテーションのもとで、自宅復帰を目指す病棟です。</li> <li>急なお身体の変化や入院を要する場合に、救急医療を必要としない範囲での緊急的な入院の相談に乗ります。</li> <li>入院期間：60日間で上限です。</li> </ul>
リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご病気や怪我の種類、発症や受傷時期を踏まえ、当院で提供可能なリハビリテーションを検討し実施していきます。</li> <li>具体的な内容は、当院医師の判断を基に、理学療法、作業療法、言語聴覚療法を提供します。</li> </ul>

## 入院生活

※感染状況により一部制限がございます

- 入浴：週2回  
（お身体の状態により変更する場合があります。また医師の許可があれば本館6階大浴場のご利用も可能です。）
- 衣類等洗濯：回収は週2回当院でお引受けしております。返却は1週間後になります。洗濯可能な衣類をご用意ください。
- 面会時間：曜日問わず、午後2時～午後7時
- 携帯電話：使用可能。ただし、医療機器を使用している場合など注意が必要です。
- 電化製品：お持ち込みは原則お断りしております。入院後に病棟の責任者にご相談ください。
- 余暇活動：患者さまが入院生活をお楽しみいただけるよう、レクリエーショントレーナーが様々な取り組みをしています。
- 外出外泊：事前に届出の提出と、主治医の許可が必要となります。
- 全館禁煙となっております。
- その他詳細は、入院時にお渡しします「ご入院案内」をご参照ください。



## 病院全般の特色

- 患者様・ご家族にも参加していただき、多職種でチーム医療を行います。
- 口腔ケア（口の中の清潔を保つこと）を行ない、誤嚥性肺炎（肺に誤って飲み込む）の予防に努めています。
- 栄養状態に関する検討をチームで行ない、栄養状態の維持・改善に努めています。

## 入院費用

- ・ 医療保険の負担割合により入院費用が異なります。
- ・ 医療保険証をご確認いただき、下記の「1か月の入院費用（概算）」をご覧ください。
- ・ 月末締めとなります。窓口にてお支払いをお願いします。金額等は毎月13日頃に支払責任者に郵送いたします。
- ・ 入院費用は、窓口での現金払い、振り込み、現金書留となります。

健康保険限度額適用認定証	
平成 27 年 ○ 月 ○ 日交付	
被保険者	記号 1234 番号 123456 氏名 鶴巻 たろう 男 生年月日 平成 20 年 9 月 20 日
適用対象者	氏名 鶴巻 たろう 男 被保険者本人 生年月日 昭和 〇 年 9 月 20 日 住所 神奈川県秦野市鶴巻北1-16-1 発効年月日 平成 27 年 1 月 1 日 有効期限 平成 27 年 8 月 31 日 適用区分 ウ
保険者	所在地 神奈川県秦野市鶴巻北1-16-1 保険番号 1234567890 名称及び印 三喜会 鶴巻温泉病院 健康保険組合

- 後期高齢者医療制度に該当する方は70歳以上の料金表をご参照ください。
  - 医療費と食費は、健康保険限度額適用認定証の「適用区分」により異なります（健康保険証とは別の証書です）
- 「適用区分」をご確認ください。  
 （限度額適用認定証をお持ちでない場合は、ご加入の組合・共済にお問い合わせください）

## 1か月の入院費用（概算）

70歳以上	
非課税世帯・標準負担額減額適用認定証	
I	約 12.8 万円/月
II	約 14.9 万円/月
後期高齢者・高齢受給者証	
1・2割	約 20.7 万円/月
3割I	約 24.0 万円/月
3割II	約 32.5 万円/月
3割III	約 41.0 万円/月

※入院費の概算は、4人部屋のご利用で、医療費、食費、居住費、保険外自己負担、おむつ代を含めた合計です。個室をご希望される場合は、別途差額ベッド料のご負担が必要です。

65歳未満		65歳～70歳未満	
限度額適用認定証			
才	約 14.9 万円/月	約 16.0 万円/月	
工	約 19.6 万円/月	約 20.7 万円/月	
ウ	約 22.8 万円/月	約 24.0 万円/月	
イ	約 31.3 万円/月	約 32.5 万円/月	
ア	約 39.8 万円/月	約 41.0 万円/月	

## 申込から入院までの流れ

### 電話相談

- 「地域連携室」宛にお電話等でご連絡ください。  
(ご担当のソーシャルワーカーやケアマネジャーがいらっしゃる場合はご担当の方からご連絡ください)
- 電話番号：0120-131-146 または 0463-78-1319 (直通)



### 必要書類

- 診療情報提供書（紹介状）・ADL（日常生活動作）情報・処方内容・検査データをFAX又は郵送でご提出ください。必要書類提出をもって、当院ではお申し込みとさせていただきます。



### 書類審査

- 審査結果をご連絡いたします。  
必要に応じて事前予約のうえ、当院医師、看護師、ソーシャルワーカーと面談を実施します。



### 入院日の調整・案内

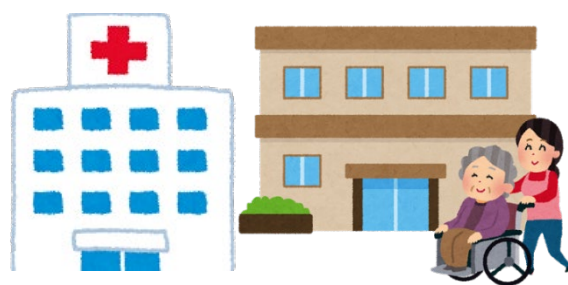
- ご病状によって入院するお部屋の調整をしております。  
なお、待機中にご病状の変化等ございましたら、その都度ご連絡をいただいております。
- 当院資料を必ずご一読お願いいたします。



### 入院

- 入院当日はご到着されましたら、本館 1 階の受付にて諸手続きをお願いいたします。

入院当日は、医師や各職種からのオリエンテーションが終わるまで、ご家族にお付き添いをお願いしております。ご都合がつかない場合はご相談ください。



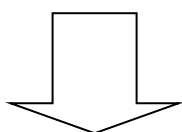
## 当院におけるリハビリテーションの流れ

### 入院（当日）

主治医・病棟スタッフ・リハビリテーションスタッフ  
薬剤科・栄養科・ソーシャルワーカーによる診察・検査など

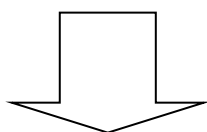


ケア・カンファレンス  
※ 治療方針の決定・ケアプランの作成



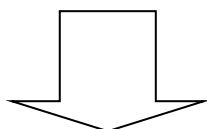
### リハビリテーションの開始（入院翌日より）

ケア・カンファレンスで決定した治療方針にもとづき、  
リハビリテーションを開始いたします。



### リハビリテーションの経過や退院計画をご家族へ報告

〈地域包括ケア病棟〉  
入院後に適宜実施します。



### 退院（ご自宅など）

- ・ 住宅改修の準備、経済的負担軽減策や在宅サービス等の利用支援
- ・ ご家族へ介助指導
- ・ 施設や病院の申し込み

## 入院当日のお持物・提出物



### ○ご家族さまでご準備いただくもの

	保険証類一式
	当院診察券（外来受診や入院歴のある方）
	入院（入所）申込書兼支払誓約書、問診表
	着替え：5～7セット位、マスク ※衣類に関しましては、上下離れているものをおすすめしています。 （下着・過ごしやすい服装・靴下・運動靴）

※お持ち物にはすべてご記名いただくようお願いいたします。

### ○医療機関から発行していただくもの

	退院証明書 （過去3ヶ月以内に入院歴がある場合、退院時に発行されたもの）
	診療情報提供書（原本）
	看護サマリー（原本）
	リハビリサマリー（原本）
	服用・使用中の薬（外用薬、注射薬を含む）
	ペースメーカー手帳、ICD手帳、PEG(胃ろう)カードなど

次ページからの書類をご記入の上、  
入院前面談又は入院当日にご提出ください。  
(合計 4 枚)

- ① 入院（入所）申込書兼支払誓約書

# ボールペンでご記入のうえ入院当日にご提出ください

医療法人社団 三喜会

鶴巻温泉病院 病院長殿 / 介護医療院施設長殿

## 入院(入所)申込書兼支払誓約書

(入院(入所)日) 西暦 年 月 日

鶴巻温泉病院に入院(入所)するにあたり、支払責任者は患者と連帯して入院(入所)費を指定日までに支払う義務を負います。また、患者の身元に関する一切の事項について、身元引受人が責任を負います。

ID( )

入院患者 (利用者)	フリガナ 氏名		性別	男・女	
			生年月日	西暦	年 月 日
	住所	〒 -			
	電話 (固定)		電話 (携帯)		
	勤務先名		電話 (勤務先)		

※自署にて記入をお願いいたします。支払責任者欄は患者本人と同一の場合、記入は不要です。

支払責任者	フリガナ 氏名		性別	男・女	
			生年月日	西暦	年 月 日
	住所	〒 -		続柄	
	電話 (固定)		電話 (携帯)		
	勤務先名		電話 (勤務先)		
身元引受人	フリガナ 氏名		性別	男・女	
			生年月日	西暦	年 月 日
	住所	〒 -		続柄	
	電話 (固定)		電話 (携帯)		
	勤務先名		電話 (勤務先)		
備考					

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 代筆項目  患者名欄  支払責任者欄  身元引受人欄

理由  本人に承諾は得ているが遠方等の理由で来院不可の為  
 その他( )  
 支払責任者 / 身元引受人になることを伝達して承諾を得た方法( )

連帯保証人	氏名	株式会社イントラスト
	住所	東京都千代田区麴町1-4 半蔵門ファーストビル2階
	電話	0120-372-603

※当申込書(兼支払誓約書)の提出を以って、株式会社イントラストを連帯保証人とする保証委託契約にお申し込みいただいたものとします。なお、当申込書(兼支払誓約書)の記載内容等の個人情報については、連帯保証人代行制度の運営に必要な範囲で株式会社イントラストへ提供させていただきますので、予めご了承ください。

※当院が指定した期間を経過してもお支払いが確認できない場合には、患者様に代わり株式会社イントラストが当院へお支払いを行います。その後、株式会社イントラストより請求書をお送りいたしますので、指定された方法によりお支払いください。なお、この場合、立替払いに伴う事務手数料として、1件の請求につき1,000円(税別)が発生します。

(退院(退所)日) 西暦 年 月 日

ご記入の上、  
入院前面談又は入院当日にご提出ください。

② 問診表 1

ボールペンでご記入のうえ入院当日にご提出ください

問診票1/3

記入日(西暦) 年 月 日 記入

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 病院長

当院では、病気や怪我で何らかの不自由さをお持ちになられた方に、その原因を明らかにし、回復できる可能性を見据えて残された能力を最大限活かせるように支援してまいります。また、患者さまがご家族と共に人生を有意義にお過ごしいただけることも大切な役割と考えております。ご家族にとっても不安のない日々を送ることができるようご協力させていただきます。

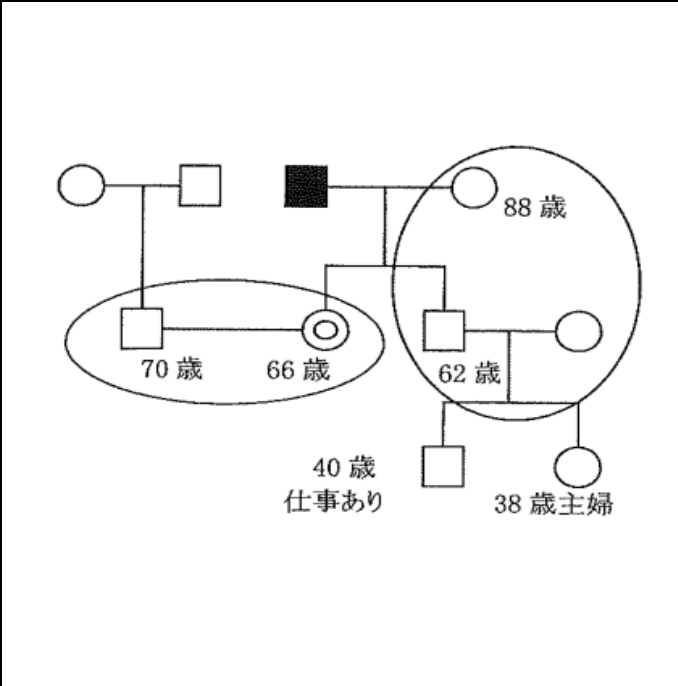
そこで、これからの目標を共有させていただくにあたり、この調査票にご記入いただきたいと思っております。回答は可能な範囲で結構です。

患者氏名	様
記載者	(続柄 : )

家族構成

(見本)  
 男性:□、女性:○. 患者さまは回あるいは◎  
 左から誕生順に長子→末子. 同居:円で囲む  
 死亡:■あるいは●  
 (例)  
 患者は女性。夫と2人暮らし。患者の父親は死亡。患者の母は弟一家と同居。

左記の(見本)と(例)を参考にご記入ください。



ご記入の上、  
入院前面談又は入院当日にご提出ください。

③ 問診表 2

## 問診票2/3

質問1:患者さまご自身のことについてお尋ねします。以下にご記入ください。

- a) 今までにかかった病気と年齢(例:50歳:高血圧・55歳:糖尿病・・・など)
- b) 手術の経験と年齢(例:8歳:盲腸・17歳:手の骨折・45歳:胃の摘出・・・など)
- c) コロナワクチンの接種歴について  
(をしてください)
- 接種歴あり(最終接種歴 年 月頃  時期不明)
- 1回もしていない
- 不明
- d) アレルギーの有無(食べ物・薬) :  
無 ・ 有 / 食べ物・薬(内容:
- e) 喫煙の有無(年齢・本数):  
無 ・ 有( 歳まで、 本/1日)
- f) 飲酒の有無(頻度・量):  
無 ・ 有( 歳まで、 合/1日)
- g) 職業(現職・退職前の職業):
- h) 趣味・興味のある話題:
- i) 宗教(治療に関わる場合) :
- j) 介護保険についてお聞きします。  
(と該当項目に○をしてください)
- 認定あり 期限: まで(要支援 1 2 要介護1 2 3 4 5 )
- 申請中(認定待ち)
- 未申請
- ケアマネジャー事業所と氏名:  
いない
- k) その他
- かかりつけ医:  
身体障害者手帳: 無・申請中・有( 種 級 障害名: )
- 特定疾患:無・申請中・有(疾患名: )

ご記入の上、  
入院前面談又は入院当日にご提出ください。

④ 問診表 3

## 問診票3/3

質問2 今回のご病気・お怪我の前の生活についてお尋ねします。以下の当てはまる所に○をつけてください。(複数回答可)

Q1、身の回りの事についてお尋ねします。

- ①身の回りの事が全て自立していた
- ②家族や介護保険サービスなどの手助けが必要だった

Q2、生活の場所についてお尋ねします。

- ①自宅で生活していた
- ②自宅以外の施設や病院で生活していた

Q3、ご病気になる前の状態についてお尋ねします。

- ①身体的・精神的なストレスのかかるような状況があった
- ②生活リズムは整っていた

Q4、主な移動手段についてお尋ねします。

- ①自家用車(ご本人の運転:有 無 )
- ②公共交通機関
- ③自転車
- ④徒歩

質問3 介護保険などのサービスを利用していた場合、サービス内容についてご記入ください。  
例)ヘルパー/週2回(家事)、デイケア/週1回(入浴・リハビリ)

質問4 ご家族は、今の患家さまの状態について、どのように説明を受けていますか。

質問5 入院中、または退院された後、主となる介護者の方は、どなたになりますか。

質問6 当院を退院するご予定の方にご希望についてお尋ねします。

①当院退院後の生活の場を、どのようにお考えですか。

以下の当てはまるものに○をつけてください。

自宅            老人ホームなど            病院            未定

②回復期リハ病棟は、出来る限り自宅へ退院できるように支援いたします。

ご自宅への退院を検討される場合、どの程度回復することを期待されますか。

質問7 退院後の住居の状況を教えてください。

- ・建物: 一軒家・マンション・アパート・/持ち家・賃貸
- ・築年数: 築     年    ・住居階数:     階    ・エレベーター:無し 有り
- ・道路から玄関までの段差:無し 有り            ・手すり設置:無し 有り
- ・風呂場:            階            ・トイレ            階

質問8 その他、入院する場合に特に伝えておきたい事などご自由にご記入ください。

お預かりした個人情報は当院の診療・ケア支援にのみ使用し、他の目的では使用いたしません。

## ● 交通案内

### ● 車でお越しの場合



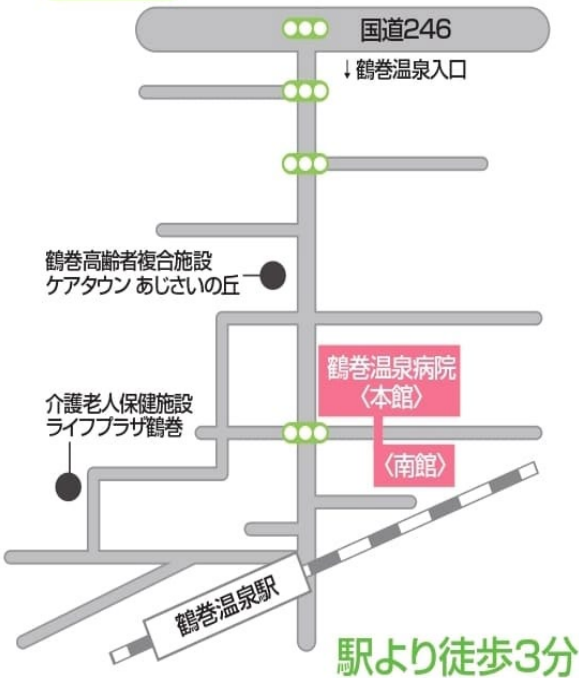
### ● 電車でお越しの場合



### 鶴巻温泉駅までの所要時間

- 新宿から…………… 小田急線 急行・快速急行 …………… 約60分
- 小田原から……… 小田急線 急行・快速急行 …………… 約30分
- 横浜から…………… 相鉄線・海老名乗換→小田急線…………… 約55分
- 藤沢から…………… 小田急線・相模大野乗換 …………… 約55分

### 近隣地図



医療法人社団 三喜会  
**鶴巻温泉病院**

湘南メディカルセンター／湘南リハビリテーションセンター

〒257-0001 神奈川県秦野市鶴巻北1-16-1  
TEL 0463(78)1311 FAX 0463(78)5955

地域連携室 ☎ 0463-78-1319

入院相談専用ダイヤル ☎ 0120-131-146

ご意見フリーダイヤル ☎ 0120-250-646  
(ペイシェント・ベル)



## 歯科による口腔管理のご案内

～予防からQOL向上を目指すためのサポートへ～

### 口腔感染症の予防

- ・むし歯、歯周病、カンジダ症

### 口腔機能の維持・回復

- ・唾液分泌促進(口腔内乾燥の防止)
- ・咀嚼機能、摂食嚥下機能の改善、感覚機能(味覚温度・触覚)の改善
- ・口腔機能の低下や廃用症候群の予防

### 全身感染症の予防

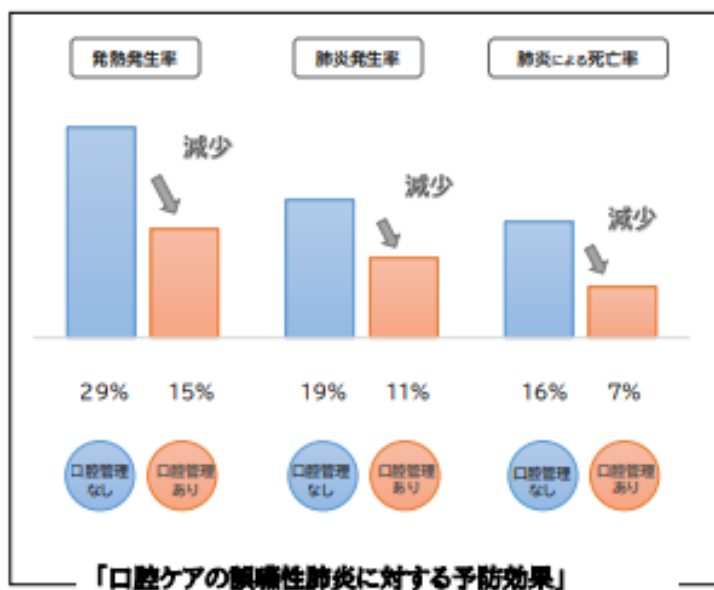
- ・誤嚥性肺炎、感染性心内膜炎、日和見感染症 等の予防

### 全身状態やQOLの向上

- ・経口摂取を促す → 低栄養、脱水の防止
- ・体力回復、意欲向上
- ・認知機能低下の予防

### コミュニケーション機能の回復

- ・構音機能の維持、回復



鶴巻温泉病院では

歯科医師と歯科衛生士が専従し、  
患者様の状況に合わせた  
口腔管理を行います。



<内容>

- ・歯科医師による口腔内状況の評価
- ・歯科衛生士による専門的口腔ケア

「口の環境を整える」ことは「人としての尊厳を守る」こと  
安全に食べられる口、身体を健康に保つ口 を目指します

ご記入の上、  
入院前面談又は入院当日にご提出ください。

⑤ 歯科による口腔ケアに関する同意書

## 歯科による口腔管理に関する同意書

(対象病棟:回復期病棟・地域包括ケア病棟・療養病棟)

### 【 目的 ・ 方法 】

- ◆ 口腔管理における誤嚥性肺炎等、全身感染症の予防
- ◆ 病状により、抵抗力低下に伴う病気の発生リスクの低減
- ◆ 歯科医師・歯科衛生士による口腔機能・口腔衛生の管理

### 【 口腔管理内容 】

- ① 歯科医師による口腔機能の評価及び口腔機能管理計画の策定
- ② 月に1回、歯科医師による口腔機能の管理
- ③ 月に2回、歯科衛生士が口腔の衛生士状態に合わせて口腔衛生用具などを用い、  
歯面・舌・口腔粘膜などの専門的な口腔清掃を実施

### 【 費用 】

上記口腔管理を行った場合の費用は月1,000～2,000円(1割負担の場合)

### 【 歯科治療について 】

- ◆ 上記口腔管理において治療は行いません
- ◆ 義歯作製・調整、むし歯・歯周病の治療、抜歯等の治療が必要と歯科医師が判断した場合は、別紙にてお知らせいたしますので、別途お申込みをご検討ください。

上記内容を理解しました。

※ 同意後でも、実施前であれば同意を撤回する事が出来ます。

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 病院長殿

私は、口腔管理の実施に関して十分に理解しました。そのうえで

口腔管理の実施に (  同意します ・  同意しません )

※どちらかを○で選んでください。

署名年月日 年 月 日

患者様氏名

署名代行者 私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者氏名

本人との関係

確認欄	上記内容で歯科依頼をいたします	主治医確認印	
-----	-----------------	--------	--

## お知らせ

当院では、2026年3月1日より、連帯保証人代行制度スマホスNEXTを導入いたしました。入院時の支払誓約書をご記入いただく際の連帯保証人は当院が契約をしている代行業者（株式会社イントラスト）になっています。

連帯保証人は不要で保証料のご負担もなく安心してご入院いただき治療を受けていただくことができます。

万が一、入院費のお支払いが、期日までにお支払いできない場合、入院患者さんに代わりイントラストが保証限度額を上限に入院費用を立替払いします。

立替払いされた診療費は、後日イントラストから患者さんへ請求されます。

お支払いのスケジュール等、個別に対応していただけますのでご安心ください。

尚、立替払いが発生した場合には、患者さんの氏名・住所・その他の個人情報を当院からイントラストへ必要な範囲で提供いたします。

これらの情報は、当院からイントラストへの請求やイントラストから患者さんへの請求にのみ使用されます。

詳細は、リーフレットをご参照ください。

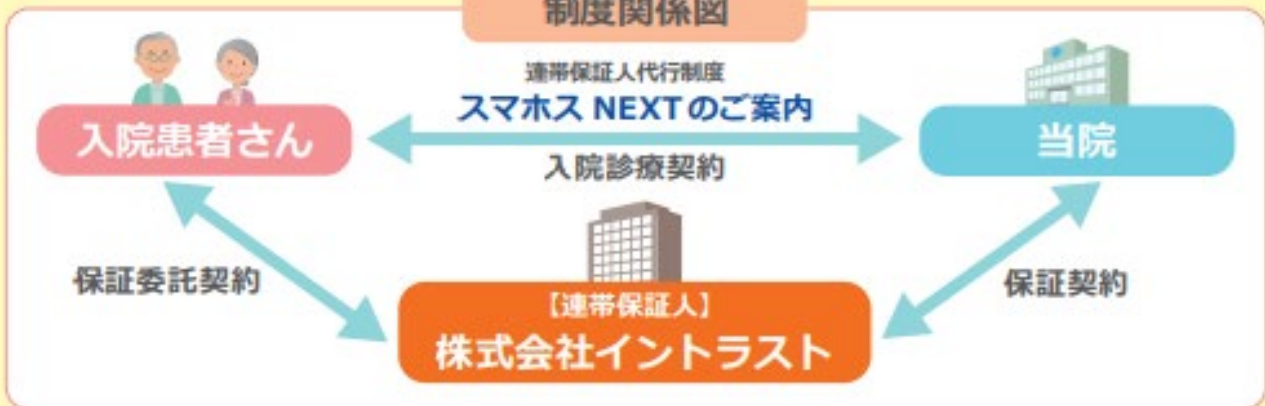
(2026年3月1日)

# 連帯保証人代行制度 スマホスNEXT のご案内



- 当院への入院にあたっては、株式会社イントラストを連帯保証人とする連帯保証人代行制度スマホスNEXTを保証料のご負担なしでご利用いただけます。患者さんは原則、個人の連帯保証人をご準備いただく必要はございません。
- 入院申込書（兼誓約書）の提出をもって、下記 URL に掲載されている保証委託契約約款の内容について同意の上株式会社イントラストを連帯保証人とする保証委託にお申込みいただいたものとします。  
なお、入院申込書（兼誓約書）の記載内容等の個人情報については、連帯保証人代行制度の運営に必要な範囲で株式会社イントラストへ提供させていただきますので、予めご了承ください。

## 制度関係図



## 保証内容について

### 保証期間

入院日(保証開始日)より  
退院日(保証終了日)まで

### 保証範囲

- ①入院費用自己負担分
  - ②入院費用実費負担分（個室料、食費など）
- ※ 保険証をお持ちでない方もご利用いただけます。

< 保証対象外 > 上記に掲げる保証範囲以外に入院中に生じた費用

## ご注意 事項

- 万一、入院患者さんが当院に対してお支払いを延滞した場合、入院患者さんに代わり株式会社イントラストが保証限度額を上限に入院費用をお立替えいたします。ただし、お立替えした入院費用につきましては株式会社イントラストが入院患者さんへご請求させていただきます。
- その際には、お支払いのスケジュールなど個別にご相談いたしますのでご安心ください。
- 反社会的勢力に該当していることが判明した場合には免責となります。

総合保証サービス会社

**entrust**  
株式会社イントラスト

〒102-8083  
東京都千代田区麹町1-4半蔵門ファーストビル2F

入院患者さんと株式会社イントラストの間の保証委託契約の内容につきましては  
下記のURLもしくは右記のQRコードよりご確認ください。

保証委託契約約款:

[https://www.entrust-inc.jp/service/clause/hospital/indemnity-agreement/2021\\_08.pdf](https://www.entrust-inc.jp/service/clause/hospital/indemnity-agreement/2021_08.pdf)

株式会社イントラストは、東京証券取引所に上場（証券コード：7191）している総合保証サービス会社です



**0120-372-603**

【受付時間】9:00~18:00（土・日・祝祭日・年末年始を除く）



[sumahosu@entrust-inc.jp](mailto:sumahosu@entrust-inc.jp)



## コンシェルジュデスク

※お問い合わせの際は、入院される病院名を必ずお知らせください※