

鶴巻温泉病院 入院のご案内

- ・ 地域包括ケア病棟
在宅サポート入院（レスパイト入院）

鶴巻温泉病院 地域連携室

電 話：0463-78-1319（直通）

F A X：0463-69-5665（直通）

特徴

- ◆自宅で介護・医療的な管理が必要な患者さまのために、7～30日間の短期入院を行っています。
 - ・ 介護者（ご家族など）の介護休暇を目的としての入院が可能です。
 - ・ 胃瘻、気管切開、人工呼吸器等の医療行為が必要な方も入院が可能です。
 - ・ 入院中は医療・看護・栄養の管理や、一部リハビリも行いながらご自宅での生活を続けていけるようお手伝いしていきます。

◆病棟：地域包括ケア病棟（3階西病棟）

◆対象者

基本的に急性期治療終了後または高度先進医療を必要としない安定した状態の患者さま

1. ご家族の介護休暇が必要な方で、入院前にあらかじめ退院日が確定できる方
2. 医学的な管理や看護、介護が必要な方
3. 重度後遺障害者短期入院（NASVA—独立行政法人自動車事故対策機構—）
 - * 鶴巻温泉病院は自動車事故被害者への援護を主な目的とした、短期入院制度の協力病院となっています。



利用上のお願い

◆利用について

入院日数：原則 7日～30日以内

※NASVAの短期入院を利用してご入院される方は、1回14日以内。年間45日が上限

入院間隔：原則最終利用日から90日／がん、難病、頸損の患者様は30日

※在宅療養中に病状に変化があった場合はこの限りではありません。

入院日：土日祝日・主治医の研究日を除く平日

入退院時間： 入院：10時

退院：10時

※上記入院時間のご都合がつかない場合は9:30～11:00の範囲内でご相談ください。

◆その他

- ・ 入院当日はご到着されましたら、本館1F総合案内にて諸手続きをお願いします。
- ・ 入院当日は、必ずご家族のお付き添いをお願いします。また各職種からの説明等がありますので、お時間にゆとりを持ってお越しください。
- ・ ご希望の日程は善処いたしますが、当院の患者さまは重度障害の方が多いため、急な病状の変化により、入院期間が延長になる場合があります。その際、お申込みいただいた入退院日の変更を急遽お願いすることがありますのでご承知おきください。利用希望日については、多少ずれが生じても良いよう、少し余裕を持って申し込みください。

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、2回の内1回は入浴、1回は清拭となる場合があります。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、午前11時～午後8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。
- 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。

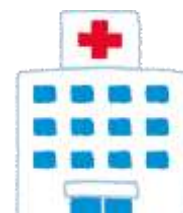


入院費用

- ① 「医療費の一部負担金」
- ② 「食費・生活療養費」
- ③ 「保険外自己負担」
（テレビ使用料・収納保管庫使用料、リース料・私物洗濯料・消毒料込み）
- ④ 「差額ベッド料」（4人部屋／無料、個室／14,300円、16,500円）



退院手続きについて



【平日・土曜日】

1. 退院当日に本館 1 階受付（医事課）にてご精算が必要です。
 受付時間：退院当日の 9：30～
 費用：現金払いとなります。
2. ご精算後、窓口にて下記をお受け取り下さい。
 - ①『退院証明書』（退院 3 ヶ月以内に他の病院に入院する場合に必要になります。）
 - ②『退院許可証』
3. ご入院されている病棟のスタッフに上記②をお渡し頂き、下記を病棟スタッフよりお受け取り下さい。
 病棟より、退院時処方や書類等をお渡しいたします。

【日曜日・受付時間外・後日精算（当日のご精算が出来ない場合など）を希望される場合】

上記 1～3 のお手続きが必要です。保証金受領証を本館窓口の事務当直にお預け頂いた上で手続きをお願いいたします。ご精算ができない為、請求額等を後日医事課よりご連絡させていただきます。お支払方法は窓口払い（月曜日～土曜日 9：30～17：00）振り込み、または現金書留となります。



入院当日のお持物



◆本館窓口提出

<input type="checkbox"/>	保険証類一式（特定医療費（指定難病）医療受給証も含む）
<input type="checkbox"/>	当院診察券（外来受診や入院歴のある方）
<input type="checkbox"/>	印鑑（ご本人・ご家族の苗字）
<input type="checkbox"/>	保険外負担支払保証書兼患者身元引受保証書（初回及び変更時のみ）
<input type="checkbox"/>	退院証明書（過去3ヶ月以内に他院に入院歴がある場合、退院時に発行されたもの）

◆病棟提出・病棟管理

<input type="checkbox"/>	診療情報提供書（原本）
<input type="checkbox"/>	看護サマリー（原本）
<input type="checkbox"/>	リハビリサマリー（適宜）
<input type="checkbox"/>	ペースメーカー手帳、ICD手帳
<input type="checkbox"/>	内服薬：入院日数分（外用薬、注射薬も含む）
<input type="checkbox"/>	洗面用具（コップ、歯ブラシ等）
<input type="checkbox"/>	バック（入浴時使用しますので、濡れても差し支えないもの）
<input type="checkbox"/>	着替え：5～7セット位 （下着・パジャマ・運動しやすい服・靴下・運動靴）
<input type="checkbox"/>	ティッシュペーパー
<input type="checkbox"/>	タオル （入浴時のバスタオルは当院で準備します。それ以外に必要なタオル類はご持参下さい）
<input type="checkbox"/>	車椅子、歩行器（持参のご希望がない場合には、適宜当院にて準備いたします）
<input type="checkbox"/>	コミュニケーション機器

※お持ち物にはすべて記名いただくようお願いいたします。

◆胃ろう／経管栄養を使用されている方

<input type="checkbox"/>	PEG CARD（胃ろうのタイプ・サイズ・メーカー、次回交換予定日がわかるもの）
<input type="checkbox"/>	胃瘻・経管栄養の接続チューブ
<input type="checkbox"/>	交換用の胃ろうのチューブ予備（1個）
<input type="checkbox"/>	経管栄養剤：入院日数分 *日数分の持参が困難な場合は当院で扱っている栄養剤（食品扱いの栄養剤）で対応させていただきます。

◆気管切開がある方

<input type="checkbox"/>	気管切開のカニューレの予備
--------------------------	---------------

◆呼吸器を使用されている方

<input type="checkbox"/>	人工呼吸器、人工呼吸器の附属品・ケーブル式と回路の予備
--------------------------	-----------------------------

◆その他

--

ご不明な点は、地域連携室へお問い合わせ下さい。 電話：0463-78-1319（直）

2回目以降のご利用の際には、
次ページの用紙をご使用ください。

「在宅サポート入院ご利用申し込み票」

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 入院申込書

ID: _____ 未：済

入院申込書

申込日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 再申込日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さま	ふりがな			性別		
	氏名	_____ 様		生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	
	住所 電話番号	〒 _____ - _____ 都道 府県		電話番号	(_____)	
現在の居場所	①入院又は入所中 事業所名 (_____) ②自宅					
かかりつけ医 又は受診先	・病院名 診療科 (_____) 病名 (_____) ・病院名 診療科 (_____) 病名 (_____)					
医療保険	国民保険 (本人・家族) / 健康保険 (本人・家族) / 共済 (本人・家族) 退職者 / 高齢受給者/後期高齢者/ 生活保護/労災 (業務・通勤) 自倍 (自由診療・第三者行為)					
介護保険	申請 (未・済) / 認定 (未・済) → 要介護度 (要支援・1・2・3・4・5) 認定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	ケアマネジャー	いる 事業所名 (_____) 氏名 (_____) 電話番号 (_____) いない				
身体障害者手帳	無・申請中・有	種 級 障害名 (_____) 交付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日				
特定疾患	無・申請中・有	疾患名: _____ 有効期限: _____				
プライバシー	希望病室	大部屋 (4人部屋) ・ 2人部屋 ・ 個室 ・ 特別室				
	リハビリの着用	(あり・なし)		廊下への表示	(あり・なし)	
身元引受人	ふりがな			続柄	年齢	職場名
	氏名	_____ 様				職場 電話番号 (_____)
	住所 電話番号	〒 _____ - _____ 都道 府県		電話番号	(_____) 携帯等 (_____)	
	備者	世帯状況	同世帯・別世帯	就労状況	フルタイム・パートタイム・無職	
ご家族など	ふりがな			続柄	年齢	自宅 (_____)
	氏名	_____ 様				電話番号 携帯等 (_____)
	備者	世帯状況	同世帯・別世帯	就労状況	フルタイム・パートタイム・無職	
	ふりがな			続柄	年齢	自宅 (_____)
	氏名	_____ 様				電話番号 携帯等 (_____)
	備者	世帯状況	同世帯・別世帯	就労状況	フルタイム・パートタイム・無職	

審査 (当院記載)					
<発症日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 手術日: _____ 年 _____ 月 _____ 日>					結果
1) 脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)・脊髄損傷・頭部外傷・脳腫瘍・脳炎・急性脳症・脊髄炎・多発性神経炎・多発性硬化症など					① 回復期病棟
2) 大腿骨・骨盤・脊椎・股関節又は膝関節の骨折					② 医療療養病棟
3) 外科手術又は肺炎後の廃用症候群					③ 障害者病棟
4) 大腿骨・骨盤・脊椎・股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷					④ 特殊疾患病棟
5) 股関節又は膝関節の置換術後の状態					⑤ 緩和ケア病棟
6) 前4)号に準ずる状態 (_____)					⑥ その他 (_____)
7) 神経難病・難病 (_____)					⑦ 不可
8) 既往症・合併症等 (HT・DM・Af・認知症・高次脳機能障害・ _____)					審査医
9) 状況 (気切・酸素・吸引・NG・胃ろう・中心静脈栄養・褥瘡・ _____)					
10) その他 (_____)					算定期限
備考					
					_____ 年 _____ 月 _____ 日
入院日	到着時間	病棟	病室	主治医	
_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)		階			

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

問診表 1/3

(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

ボールペンでご記入のうえ入院当日にご提出ください

問診表 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) アレルギーの有無（食べ物・薬）：
無・有／食べ物・薬（内容：_____）
- d) 喫煙の有無（年齢・本数）：
無・有（_____歳まで、_____本／1日）
- e) 飲酒の有無（頻度・量）：
無・有（_____歳まで、_____合／1日）
- f) 職業（現職・退職前の職業）：
- g) 趣味・興味のある話題：
- h) 宗教（治療に関わる場合）：
- i) 血縁関係（両親・兄弟姉妹・子供）にある方の病気の有無
- | | | | |
|-------|----|---|-----------|
| 高血圧 | ：有 | 無 | （続柄_____） |
| 脳血管障害 | ：有 | 無 | （続柄_____） |
| 糖尿病 | ：有 | 無 | （続柄_____） |
| 高脂血症 | ：有 | 無 | （続柄_____） |
| 心疾患 | ：有 | 無 | （続柄_____） |
| 不整脈 | ：有 | 無 | （続柄_____） |
| がん | ：有 | 無 | （続柄_____） |

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

● 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 (ペイシェント・ベル)	☎	0120-250-646