

鶴巻温泉病院 入院のご案内

・緩和ケア病棟

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）

FAX：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んのために、14～30日間の短期入院を行っています。
 - ・ 介護者のご家族の方の休息目的としての入院が可能です。
 - ・ 胃瘻、気管切開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体調を整え、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。（疼痛コントロールや在宅調整など）

◆病棟：緩和ケア病棟（5階東病棟）

◆対象者

がん（悪性腫瘍）末期の方で、在宅療養されている方

※抗がん治療を行なっている方については、原則お受けしていません。

利用上のお願い

◆利用について

入院日数： 原則 14日～30日以内

入院日： 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 の範囲内で要相談になります。



◆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。
- ・ ご希望の日程には善処いたしますが、病状管理に伴う内服コントロールや急な病状変化等により、入院期間を延長する場合がございます。その際、予定していた入退院日の変更についてご相談させていただくことがありますので、利用希望日の前後に余裕を持って申し込みください。また、患者様のご状態に応じて、在宅サポート入院から通常入院に切り替えるご相談もさせていただくことがありますので、ご承知おきください。

入院生活

※感染状況により一部制限があります

- ・ 入院中の過ごし方等については、入院時に「ご入院案内」をお渡ししますのでご参照ください。
- ・ 入浴回数：週2回
- ・ リハビリテーション：入院中（平日のみ）に行います。頻度・内容については医師の判断となります。
- ・ 患者さまの衣類等の洗濯は、当院にてお引受けしております。洗濯可能な衣類をご用意ください。回収日は週2回です。
- ・ 面会時間：午前11時～午後7時（時間外の面会は要相談）
- ・ 全館禁煙となっております。



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」：有料床（個室・トイレあり）11,000円／日・16,500円／日
無料床（個室または2人部屋・トイレなし）無料

◆費用の目安

*上記①～③の合計（無料床・オムツ使用、食費は1食510円で計算）

医療費上限額		1週間	2週間	30日間
重度障害者医療費助成	0	約 32,000円	約 63,000円	約 134,000円
低所得	低所得Ⅰ	約 47,000円	約 78,000円	約 149,000円
	低所得Ⅱ	約 56,000円	約 87,000円	約 158,000円
	限度額才	約 67,000円	約 98,000円	約 169,000円
1・2割	一般、限度額工	約 89,000円	約 120,000円	約 191,000円
3割	現役Ⅰ、限度額ウ	約 122,000円	約 153,000円	約 224,000円
	現役Ⅱ、限度額イ	約 207,000円	約 238,000円	約 309,000円
	現役Ⅲ、限度額ア	約 292,000円	約 323,000円	約 394,000円



退院手続きについて



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。概算は医事課にご確認ください。TEL：0463-78-1311
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テーションに上記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。

申込から入院までの流れ

初めてご利用の方

2回目以降のご利用の方

電話相談

◆地域連携室ソーシャルワーカー宛にお電話等でご連絡下さい。(9時~17時)

初めて利用される方

①診療情報提供書(紹介状)、②ADL表(日常生活動作表)、③処方内容・検査データ、④検査画像のCD-R
上記①~③をFAX又は郵送でご提出下さい。④は面談時に持参または郵送でご提出ください。



1次審査

書類審査が可となりましたら、事前面談へ進みます。

面談・見学・申込手続き

- ◆面談はご家族のみのご来院でも構いません。
- ◆面談当日までに診療情報提供書の原本と検査画像のCD-Rのご用意をお願いします。

2次審査

面談の結果を踏まえ、利用可否を判断します。
2次審査可となりましたら、待機となります。

待機

入院の案内

- ◆入院日時のご連絡をいたします。
- ◆決定した日程は、ご家族から主治医やケアマネジャーへご連絡をお願いします。

入院の案内

- ◆お部屋の調整が出来次第、入院日時のご連絡をいたします。その際、ご病状や処方内容の変化がないか確認いたします。
- ◆決定した日程は、ご家族から主治医やケアマネジャーへご連絡をお願いします。

書類等の提出

◆入院の3日前までに以下の書類をFAX又は郵送でご提出をお願いします。

①『診療情報提供書(紹介状)』

- ・病状に変化があった時(発熱や治療目的で入院をした場合等)、内服薬の変更があった場合
- ・その他、当院が必要と判断した場合

②『看護サマリー』等

お身体の状況がわかるものを訪問看護ステーションやケアマネジャーへご依頼ください。

入院

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」

鶴巻温泉病院 地域連携室

FAX：0463-69-5665（直）

電話：0463-78-1319（直）

在宅サポート入院（レスパイト入院）
ご利用申し込み票（2回目以降の方）

お電話でのご連絡、又は以下の赤太枠内の項目をご記入いただきFAXにてご提出ください。

<input type="checkbox"/> 障がい者・難病リハビリ病棟 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟 <input type="checkbox"/> 医療療養病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟			
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申し込み日 年 月 日
申請者氏名	様	連絡先 (電話)	
※事業所の方は事業所名も記載ください。			
希望日程	利用希望月	月利用分	
	利用希望日数	日間位	
	具体的な利用希望日程がありましたらご記入ください。		
		第1希望	第2希望
	<input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> 必ず含めたい指定日 () <input type="checkbox"/> 月内であれば日付は問わない	<input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> 必ず含めたい指定日 () <input type="checkbox"/> 月内であれば日付は問わない	
希望理由	<input type="checkbox"/> 介護休暇 <input type="checkbox"/> その他 ()		
キャンセル待ち希望	<input type="checkbox"/> 希望あり		
その他 (自由記載欄)			

優先利用申し込み日は

利用希望月の2ヶ月前の1日 9時～17時です。

例) 10月の利用申し込み日は8月1日です。

※1日が土日祝日の場合には、翌平日となります。

日程調整の結果は、申込月の中旬を目途にご連絡いたします。

※鶴巻温泉病院記入欄（以下は記入しないでください）

	受付	結果の連絡	入院決定日	入院日程	カレンダー入力
対応日				~	
対応者				()日間	



入院当日のお持物

◆本館窓口提出

保険証類一式（特定医療費（指定難病）医療受給証も含む）
当院診察券（外来受診や入院歴のある方）
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）
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

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（適宜）
ペースメーカー手帳、ICD手帳
内服薬：入院日数分（外用薬、注射薬も含む）、お薬手帳
洗面用具（コップ、歯ブラシ等）
バッグ（入浴時使用しますので、濡れても差し支えないもの）
着替え：5～7セット位、マスク （下着・過ごしやすい服装・靴下・運動靴）
ティッシュペーパー
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）
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）

※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

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）
胃瘻・経管栄養の接続チューブ
交換用の胃ろうのカニューレ予備（1個）
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

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

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）

Memo

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	東京都千代田区麹町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

<p>(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●</p> <p>(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。</p>	<p>左記の(見本)と(例)を参考にご記入ください。</p>

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

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、今の患者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



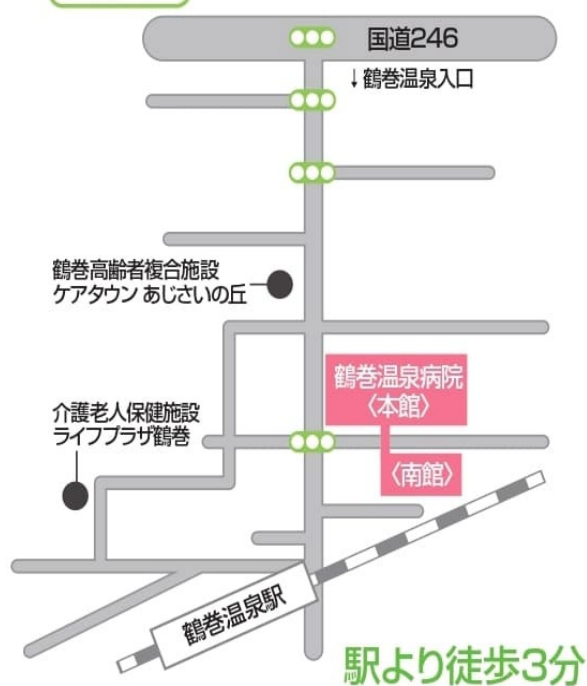
● 電車でお越しの場合



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 (ペイシェント・ベル)	☎	0120-250-646

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。



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】



〒102-0083
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URLもしくは右記のQRコードよりご参照ください。

保証委託契約約款：
https://www.entrust-inc.jp/service/clause/hospital/indemnity-agreement/2021_08.pdf

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



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※