

鶴巻温泉病院 入院のご案内

・障がい者・難病リハビリ病棟

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

■障害者施設等病棟 2階東病棟 55床

リハビリ入院

特徴	集中的なリハビリテーション、栄養摂取方法の検討、栄養状態の改善等を行ない、退院に向けた準備を支援します。
リハビリテーション	原則平日のみ実施、当院の医師の判断でご状態に合わせたプログラムを実施します。
入院期間	約 1～3 ヶ月

在宅サポート入院(レスパイト入院)

特徴	ご家族の在宅療養をバックアップすることが目的です。介護をされているご家族の休息目的の入院です。
リハビリテーション	平日のみ（入院日と退院日はありません）
入院期間	7日以上～30日以内（平均 1～2 週間程度）

■特殊疾患病棟 2階西病棟 60床

長期療養

特徴	安心、安全に配慮し、心安らぐ状態での入院生活を支援します。
リハビリテーション	週 1～2 回（13 単位以内／月）お身体の維持を目的に実施します。
入院期間	当院の医師の判断によります。

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、入浴方法を判断致します。※人工呼吸器を使用している方の場合は、1 回が入浴、もう 1 回は清拭。
- 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。
- 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。
- ・ 入院費用は月末締めとなります。自動振替の場合には、翌月20日（当日が金融機関休業日の場合は、翌営業日）にご指定の口座より自動振替致します。自動振替の手続きが終わるまでの間及び退院月は窓口にて支払いをお願いします。
- ・ 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。
- ・ お支払方法は、窓口での現金払い、自動振替、振り込み、現金書留となります。

1か月の入院費用（概算）

特定医療費(指定難病)受給者証

※4人部屋・オムツ使用の場合の概算です

特定医療費(指定難病)受給者証		
上限金額		
30,000円	約	23.4万円/月
20,000円	約	22.4万円/月
10,000円	約	21.4万円/月
5,000円	約	20.9万円/月
2,500円	約	20.6万円/月
1,000円	約	20.5万円/月

指定難病・障害者医療費助成なし

70歳未満			70歳以上		
限度額適用認定証			後期高齢者・高齢受給者証		
ア	約	48.2万円/月	3割Ⅲ	約	48.2万円/月
イ	約	39.7万円/月	3割Ⅱ	約	39.7万円/月
ウ	約	31.2万円/月	3割Ⅰ	約	31.2万円/月
エ	約	28.0万円/月	1・2割	約	28.0万円/月
オ	約	23.4万円/月	非課税世帯・標準負担額減額適用認定証		
			Ⅱ	約	22.4万円/月
			Ⅰ	約	20.4万円/月

障害者医療助成あり

70歳未満			70歳以上		
限度額適用認定証			後期高齢者・高齢受給者証		
ア	約	22.2万円/月	3割	約	22.2万円/月
イ	約	22.2万円/月	2割	約	22.2万円/月
ウ	約	22.2万円/月	非課税世帯・標準負担額減額適用認定証		
エ	約	22.2万円/月	Ⅱ	約	19.9万円/月
オ	約	19.9万円/月	Ⅰ	約	18.9万円/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。



1 次審査 (書類審査)

- 審査可となりましたら、事前面談に進みます。



2 次審査 (面談・申込書受付)

- 面談・院内見学を行います。面談の結果を踏まえ、審査可となりましたら、待機となります。



待機・入院日程調整

- 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。



入院日の案内

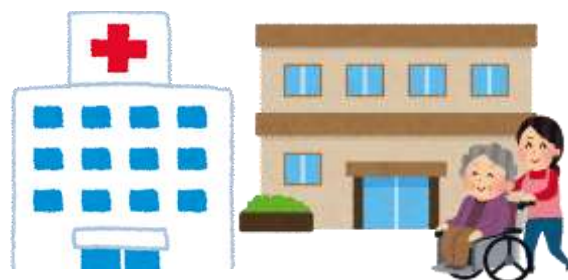
- 入院日が調整出来次第、入院中の医療機関にご連絡いたします。
(ご家族都合や、ご病状・処方内容の変更がないか確認いたします。)



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。



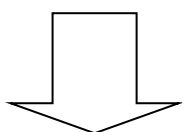
当院におけるリハビリテーションの流れ

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

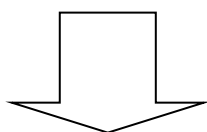


ケア・カンファレンス
※ 治療方針の決定・ケアプランの作成



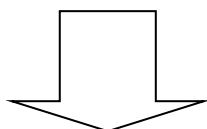
リハビリテーションの開始（入院翌日より）

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

<障害者等施設病棟・特殊疾患病棟>
入院後3週目・その後適宜実施します。



退院（自宅・施設・病院など）

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）
	認印（ご本人・ご家族の苗字）
	入院時保証金 10万円 （入院時預り証発行し、退院時に精算します）
	入院申込書、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・パジャマ・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

○お持物ではございませんが、入院当日は以下の書類のご記入をお願いします。

	保険外負担支払保証書兼患者身元引受保証書（用紙は当日お渡しします） *身元引受人と保証人（2名）のお名前をご記入いただきます。 *当日のご記入が難しい場合は、該当者様が後日ご記入にいらしてください。
	自動振替サービス確認書

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

ボールペンでご記入のうえ入院当日にご提出ください

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			
	リフトバンドの着用		(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 ()	
	備考	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 ()
	備考	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 ()
	備考	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)・脊髓損傷・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 回復期リハビリ
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 ()						
備考						算定期限
						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ただけす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います。回答は可能な範囲で結構です。

患者氏名	様
記載者	(続柄 :)

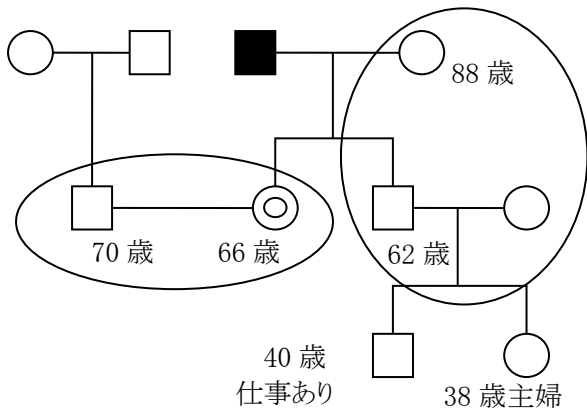
家族構成

(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

問診表 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。以下のあてはまる所に

○をつけてください。(複数回答可)

Q1、身の回りのことについてお尋ねします。

- ① 身の回りのこと全てが自立していた
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：当院への入院・リハビリ・看護・介護に対する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。以下のあてはまるものに○をつけて下さい

自宅 老人ホームなど 病院 未定

②できる限り自宅へ退院できるよう支援いたします。

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6：入院中、また退院された後、主となる介護者の方は、どなたになりますか。

質問7：退院される住居の状況について教えてください。

- ・ 建物：一軒家・マンション・アパート/持ち家・賃貸
- ・ 築年数：築 _____ 年・ 居住階数： _____ 階 ・ エレベータ：有・無
- ・ 道路から玄関までの段差：有・無 ・ 手すり設置：有・無
- ・ 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ことなどご自由にご記入ください。

お預かりした個人情報には当院の診療・ケア支援にのみ活用し、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)