鶴巻温泉病院　入院のご案内

・回復期リハビリテーション病棟

鶴巻温泉病院　地域連携室
電　話：0463-78-1319（直通）
ＦＡＸ：0463-69-5665（直通）

(20250601)

特徴

〇回復期リハビリテーション病棟は、病気により行えなくなった日常生活に必要な動作を練習して、寝たきりの防止と在宅復帰を進めることが目的の病棟です。
〇病床数　200 床（4 人部屋 49 室・2 人部屋 4 室・個室 2 室）
　病棟　2 階南病棟（48 床）、3 階南病棟（50 床）、4 階南病棟（51 床）、
　　5 階南病棟（51 床）
〇リハビリテーション部スタッフ　約 200 名
最大で１日３時間（９単位・20 分/単位）、365 日リハビリを実施できます。
実施に関しては医師の判断で行いますので、患者さまのご状態によってリハビリの提供量が異なります。

〇対象者（対象疾患）・入院日数

	疾　　患	発症/手術から入院	入院日数
①	脳血管疾患（脳梗塞・脳出血等）、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷の発症又は手術後の状態。義肢装着訓練を要する状態	2 ヶ月以内	150 日
②	上記①と同疾患で、高次脳機能障害を伴った重度脳血管障害、重度の頚髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合	2 ヶ月以内	180 日
③	多肢の骨折、大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折又は手術後	2 ヶ月以内	90 日
④	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は廃用症候群の発症後の状態	2 ヶ月以内	90 日
⑤	股関節又は膝関節の置換術後の状態	1 ヶ月以内	90 日
⑥	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷後の状態	1 ヶ月以内	60 日

入院生活

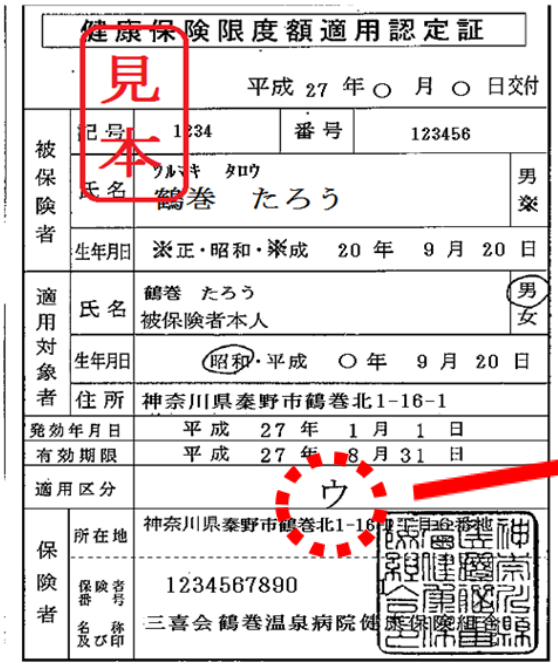
※感染状況により一部制限があります

・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とご相談ください。
・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：事前に届出をしていただいたうえで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「ご入院のご案内」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



健康保険限度額適用認定証

見本

平成 27 年 ○ 月 ○ 日交付

被保険者	記号 1234	番号 123456	
	氏名 ツルマキ タロウ 鶴巻 たろう		男 ※
	生年月日 ※正・昭和・※成 20 年 9 月 20 日		
適用対象者	氏名 鶴巻 たろう 被保険者本人		男 女
	生年月日 (昭和)・平成 ○ 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		
	保険者番号 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）

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、2人部屋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				
	オ	約 14.9 万円/月	約 16.0	万円/月
	エ	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

＊月末締めで、翌月 13 日頃に請求させていただきます。

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：0120－131146　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頂きます。

書類審査

○審査結果をご連絡致します。
必要に応じて当院への事前見学・ご相談をお受けしております。

待機・入院日程調整

○ご病状・状態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・状態の変化等ございましたら、
その都度ご連絡を頂いております。
○当院資料を必ず一読お願い致します。

入院日案内

○入院日調整出来次第、入院中の医療機関にご連絡致します。
（ご家族都合や、ご病状・状態・処方内容の変更がないか確認致します。）

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。
保険外負担支払保証書兼患者身元引受保証書等、ご記載頂きます。

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。

入院当日のお持物・提出物

※ 入院費用は、原則口座振替とさせて頂いております。窓口精算、振込をご希望の方は、入院手続きの際にスタッフへお申し付け下さい。

〇ご家族さまでご準備頂くもの

	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）
	着替え：５～７セット位、マスク （下着・パジャマ・過ごしやすい服装・靴下・運動靴） ※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
	入院申込書・問診表（ボールペンでご記入のうえ、当日ご提出願います）

※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。

〇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

〇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。

	自動振替サービス確認書（用紙は当日お渡しする）場合もあります ＊入院費用の引き落としに使う口座が分かるものと銀行印をご準備ください
	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。

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

＜回復期リハビリテーション病棟＞
原則入院後 4～6 週目・10～12 週目に実施

退院　（自宅・施設・病院など）

・住宅改修の準備、制度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

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

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

ボールペンでご記入のうえ入院当日にご提出ください　　回-8

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	生年月日	年　月　日
	氏名	様	男・女		（　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			
	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞの着用	（あり ・ なし）	廊下ﾈｰﾑの表示	（あり ・ なし）	
身元引受人	ふりがな		続柄	年齢	職場　職場名
	氏名	様			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	電話番号　自宅（　）
	氏名	様			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	電話番号　自宅（　）
	氏名	様			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＞

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
2） 大腿骨・骨盤・脊椎・股関節又は膝関節の骨折
3） 外科手術又は肺炎後の廃用症候群
4） 大腿骨・骨盤・脊椎・股関節又は膝関節の神経・筋・靱帯損傷
5） 股関節又は膝関節の置換術後の状態
6） 前４）号に準ずる状態（　）
7） 神経難病・難病（　）
8） 既往症・合併症等（HT・DM・Af・認知症・高次脳機能障害・　）
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（　）

結果

① 回復期ﾘﾊ病棟
② 医療療養病棟
③ 障害者病棟
④ 特殊疾患病棟
⑤ 緩和ｹｱ病棟
⑥その他（　）
⑦不可

審査医

＊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

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

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

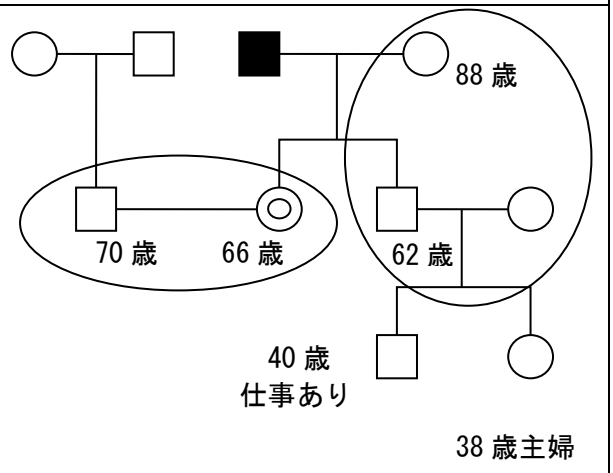
当院では、病気や怪我で何らかの不自由さをお持ちになられた方に、その原因を明らかにし、回復できる可能性を見据えて残された能力を最大限活かせるように支援してまいります。また、患者さまがご家族と共に人生を有意義にお過ごしいただけることも大切な役割と考えております。ご家族にとっても不安のない日々を送ることができるようご協力させていただきます。

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

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

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

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

(20250601)

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　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〇をつけてください。（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〇をつけて下さい

自宅　老人ホームなど　病院　未定

②回復期リハ病棟は、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。

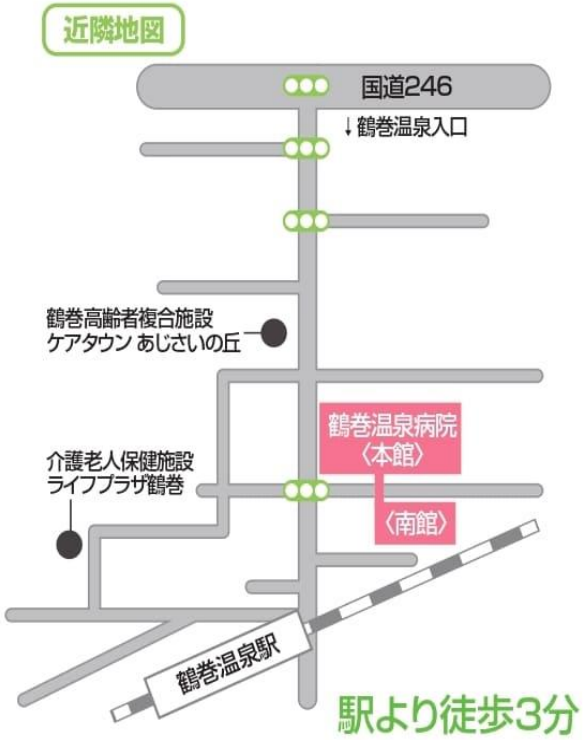
●交通案内

●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



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

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～

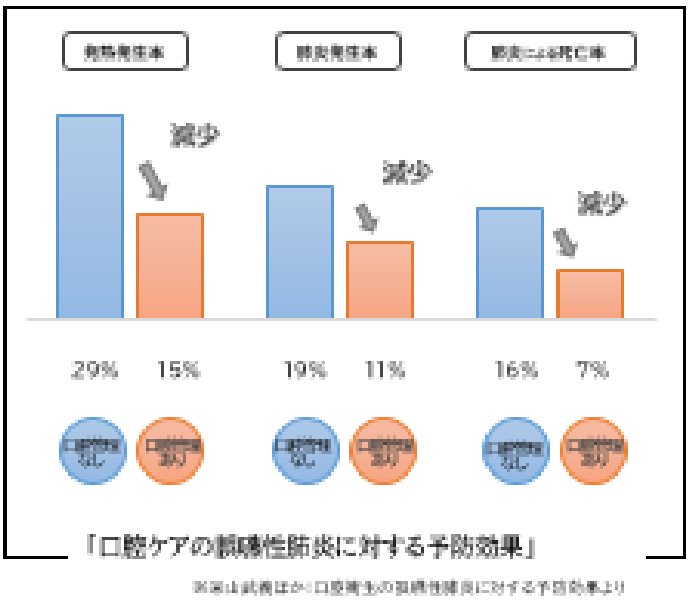
口腔感染症の予防
・むし歯、歯周病、カンジダ症

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



「口腔ケアの誤嚥性肺炎に対する予防効果」

※※は武義ほか：口腔衛生の誤嚥性肺炎に対する予防効果より

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

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

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	

（20250601）

入院費支払誓約書兼身元引受書
書き方見本

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

入院費支払誓約書兼身元引受保証書
書き方見本

医療法人社団　三喜会
鶴巻温泉病院　病院長殿

見本

（入院日）
西暦　　年　　月　　日

入院費支払誓約書兼身元引受保証書

鶴巻温泉病院に入院するにあたり、支払責任者は患者と連帯して入院費を指定日までに支払う義務を負い、
連帯保証人はこれを連帯して保証します。
また、患者の身元に関する一切の事項について、身元保証人と連帯保証人が連帯して責任を負います。

ID（　　）

① 患者本人	フリガナ	ツルマキ　タロウ			
	氏名	鶴巻　太郎			
	生年月日	西暦　1971　年　1　月　1　日	性別	男・女	

①患者さんについての情報をご記入ください。

自署してください

② 支払責任者/身元保証人	フリガナ	ツルマキ　ハナコ	続柄	妻
	氏名	鶴巻　花子		
	住所	〒299-0000 秦野市〇〇〇11-1111		
	電話番号	0463-11-1123	携帯番号	090-1211-1121
	勤務先	鶴巻株式会社		
	勤務先住所	〒399-0000 〇〇市〇〇〇〇1111-11		
	勤務先電話番号	0123-45-6789	部署名	〇〇課
	年間の収入額	＊連帯保証人がいない場合のみ記載 主たる収入　：年金・給与・不動産・その他（　　）　円		

②身元を引受け、費用の支払いや病院との連絡の窓口になる方をご記入ください。

代筆者氏名 ③　　続柄

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（　　）

③『②と④の欄に自署できない場合』にご記載ください

自署してください

④ 連帯保証人	フリガナ	ツルマキ　ジロウ	続柄	次男
	氏名	鶴巻　次郎		
	住所	〒499-0000 △△市△△111-111		
	電話番号	0123-56-7890	携帯番号	080-1111-1111
	勤務先	鶴巻秦野産業株式会社		
	勤務先住所	〒599-0000 △△市△△22-2222		
	勤務先電話番号	0020-11-2345	部署名	□□課

④支払責任者の方が、支払うことが出来なくなった場合に、代わりに支払う方になります。

＊連帯保証人は鶴巻温泉病院に対し、患者の入院に係る一切の費用の債務を極度額￥1,000,000円の範囲内で連帯して保証する。

代筆者氏名 ③ 鶴巻　花子　　続柄 ⑤ 母

理由他　☑ 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（　　）
連帯保証人になることを伝達して承諾を得た方法（電話で確認）

（退院日）
西暦　　年　　月　　日

⑤連帯保証人からみた続柄をご記入ください。（※患者本人からみた続柄ではありません。）

ご記入の上、
入院前面談又は入院当日にご提出ください。

⑥　入院費支払誓約書兼身元引受保証書

医療法人社団 三喜会　　鶴巻温泉病院

医療法人社団　三喜会
鶴巻温泉病院　病院長殿

（入院日）
西暦　　年　　月　　日

入院費支払誓約書兼身元引受保証書

鶴巻温泉病院に入院するにあたり、支払責任者は患者と連帯して入院費を指定日までに支払う義務を負い、
連帯保証人はこれを連帯して保証します。
また、患者の身元に関する一切の事項について、身元保証人と連帯保証人が連帯して責任を負います。

ID（　　）

患者本人	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	西暦　　年　　月　　日	性別	男 ・ 女

自署してください

支払責任者／身元保証人	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号		携帯番号	
	勤務先			
	勤務先住所	〒		
	勤務先電話番号		部署名	
	年間の収入額	＊連帯保証人がいない場合のみ記載 主たる収入 ： 年金・給与・不動産・その他（　　）　円		

代筆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄 ＿＿＿＿＿＿

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（　　）

自署してください

連帯保証人	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号		携帯番号	
	勤務先			
	勤務先住所	〒		
	勤務先電話番号		部署名	

＊連帯保証人は鶴巻温泉病院に対し、患者の入院に係る一切の費用の債務を極度額￥1,000,000円の範囲内で
連帯して保証する。

代筆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄 ＿＿＿＿＿＿

理由他　☐ 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（　　）
連帯保証人になることを伝達して承諾を得た方法（　　）

（退院日）
西暦　　年　　月　　日

あなたらしく、その人らしく人生の最後を迎えるために考えてみましょう

2024 年 6 月の診療報酬の改定で、人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進として、意思決定支援に関する指針を作成することが要件に入りました。
当院では、これを受け、あなたらしく、その人らしく人生の最期を迎えるために考えてみる機会として「事前指示書」を作成いたしました。
この「事前指示書」は、万が一の時に起こってしまった場合の延命治療とは、どういったものか、を広く知ってほしいこと、そして医師等から突然説明を受ける場面があった際にもある程度イメージを持ってもらうことを目的としております。
延命治療として行う具体的な内容については、「延命処置の例」として説明をしております。（当院ホームページにも同じものが掲載されています）
この事前指示書は、全ての患者さんに渡していますので、ご家族と患者さんでご確認ください。

2024 年 6 月
医療法人社団　三喜会
鶴巻温泉病院
病院長　鈴木　龍太

memo

最期まで私らしくあるために（事前指示書）
ご本人が決める場合

いつか迎えるその時のために、ご自身の意思に反した治療や必要以上の治療を受けなくても良いようにしたいものです。あなたが、がんなどの病気の進行や、認知症、老衰、事故等により余命が短い（例えば半年くらい）と告げられ、「治療をしても回復が見込まれない状態」になった時に、どのような治療やケアを望みますか？

呼吸ができなくなった場合に口から管を入れて（挿管して）人工呼吸器をつけるなどいわゆる延命治療があります。別紙にまとめました。一度目を通しておいてください。ご自身がこれらの処置を希望するかどうか家族・代理人や医療・介護関係者などと話し合いましょう。その結果をこの事前指示書に記入しましょう。気持ちが変わったら、何回でも書きかえて構いません。ただし治療をして回復する病気の場合は治す治療が優先となります。

治療をしても回復が見込めない状態になった時に限ります

延命治療を実施するかどうか、当てはまるものに〇をつけてください。

（　　）自然に最期を迎えさせたい

（　　）医療者に任せる

（　　）場合によって以下の処置をしてほしい

- ①心臓が止まった時の心臓マッサージ　（希望する・希望しない・分からない）
- ②呼吸停止時または止まりそうな時の挿管　（希望する・希望しない・分からない）
- ③同様の時の人工呼吸器　（希望する・希望しない・分からない）
- ④昇圧剤（血圧をあげる注射）　（希望する・希望しない・分からない）
- その他のご希望　（　　）

食事が食べられなくなってしまったとき　※　当てはまるものに〇をつけてください

- ①食べられなくなったらそのまま自然に最期を迎えさせてあげたい。（　　）
- ②カロリーは足りないが普通の点滴をしてほしい。（　　）
- ③経鼻チューブ（鼻）から経管栄養を入れてほしい。（　　）
- ④経管栄養を入れるための胃ろうを造ってほしい。（　　）
- ⑤太い静脈（中心静脈）から高カロリーの点滴を入れてほしい。（　　）
- ⑥医療者に任せる（　　）
- その他のご希望（　　）

最期まで私らしくあるために（事前指示書）
ご本人が決める場合

どこで最期を迎えたいですか？　当てはまるものに〇をつけてください。

自宅（　　）病院（　　）今の施設〈　　）家族や信頼できる人に任せる〈　　）

その他のご希望　（　　）

自宅や施設で容態が急変した時　当てはまるものに〇を付けてください

①救急車を呼んでほしい（　　）

②救急車は呼ばないで、かかりつけ医や訪問看護師等に連絡してほしい（　　）

③決められない・分からない（　　）

かかりつけ医や訪問診療医、訪問看護師を決めておくと、
いざという時に来てくれるので、救急車を頼まなくてもよい場合があります。

その他ご希望や言づてがあれば自由にお書きください
（例　お葬式は内輪だけでしてください。ペットを頼みます等）

《 ご本人署名 》

ふりがな

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：　年　月　日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿

書かれたときに同席した家族・代理人、医療・介護・行政等関係者

氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿

署名日１：　年　月　日

変更日１：　年　月　日　変更日２：　年　月　日

自分で意思を表出できない状況になった時に医療者の説明を聞いて、判断してもらう人（代理人）を決めてお願いしておきましょう 。家族やパートナー、友人など。

ふりがな

代理人氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　関係（続柄）：＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（連絡先）：＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿（　自宅　・　携帯　）

2024年 鶴巻温泉病院 鶴巻温泉病院介護医療院

最期までその人らしくあるために

ご本人が意思を表せない時　ご家族や代理人が推測して記入します

　あなたの大切な人が、がんなどの病気の進行や認知症、老衰、事故等により余命が短い（例えば半年くらい）と告げられ、「治療をしても回復が見込まれない状態」になって、自分の意思を表せない状態になっていた時、本人はどのような治療やケアを望まれると思いますか？本人が意思を表せないときは、家族・代理人が、今までのその人の言動を思い起こして、最期をどのように迎えたかったのかを推測しましょう。本人が書いた事前指示書があれば、その内容を確認しましょう。呼吸ができなくなった場合に、人工呼吸器をつけるなどのいわゆる延命治療があります。別紙にまとめました。一度目を通しておいてください。これらの処置を本人が希望するかどうかなども記入しましょう。分からなければ医療関係者の話を聞いて考えてみましょう。ただし治療をして治る病気の場合には、治療が優先となります。

治療をしても回復が見込めない状態になった時に限ります

延命治療を実施するかどうか、当てはまるものに〇をつけてください。

（　　）自然に最期を迎えさせたい

（　　）医療者に任せる

（　　）場合によって以下の処置をしてほしい

- ①心臓が止まった時の心臓マッサージ　（希望する・希望しない・分からない）
- ②呼吸停止時または止まりそうな時の挿管　（希望する・希望しない・分からない）
- ③同様の時の人工呼吸器　（希望する・希望しない・分からない）
- ④昇圧剤（血圧をあげる注射）　（希望する・希望しない・分からない）
- その他のご希望　（　　）

食事が食べられなくなってしまったとき　※　当てはまるものに〇をつけてください

- ①食べられなくなったらそのまま自然に最期を迎えさせてあげたい。（　　）
- ②カロリーは足りないが普通の点滴をしてほしい。（　　）
- ③経鼻チューブ（鼻）から経管栄養を入れてほしい。（　　）
- ④経管栄養を入れるための胃ろうを造ってほしい。（　　）
- ⑤太い静脈（中心静脈）から高カロリーの点滴を入れてほしい。（　　）
- ⑥医療者に任せる（　　）
- その他のご希望（　　）

最期までその人らしくあるために

ご本人が意思を表せない時　ご家族や代理人が推測して記入します

最期を迎えたい場所はどこを希望されると思いますか？　〇をつけてください。

自宅（　　）病院（　　）今いる施設〈　　）その他　（　　）

自宅や施設で容態が急変した時　当てはまるものに〇を付けてください

①救急車を呼んでほしい（　　）

②救急車は呼ばないで、かかりつけ医や訪問看護師等に連絡してほしい（　　）

③決められない・分からない（　　）

かかりつけ医や訪問診療医、訪問看護師を決めておくと、
いざという時に来てくれるので、救急車を頼まなくてもよくなります。

その他　ご希望や言づてがあれば自由にお書きください
（例：本人はお寿司がとても好きだったので、最期に食べさせてあげたい等）

《 ご本人 》

ふりがな

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：　　年　　月　　日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

《 代理人 ご本人のかわりに医療者が話をして判断する人》

ふりがな

代理人氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿　関係（続柄）：＿＿＿＿＿

電話番号（連絡先）：＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿（　自宅　・　携帯　）

一緒に書かれた家族、知人、代理人、医療・介護・行政等関係者

氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿　関係：＿＿＿＿

署名日１：　　年　　月　　日

変更日１：　　年　　月　　日　変更日２：　　年　　月　　日

2024年 鶴巻温泉病院 鶴巻温泉病院介護医療院

延命治療の例

これらの処置は急性期の治療でもよく使います。その時は積極的に受けてください。
がんの末期や認知症、老衰等、治療しても回復する見込みがないと判断した時に行なう場合のみ延命治療となります。

心臓が止まったり、呼吸が止まったり、血圧が下がったりしたとき

心臓マッサージ 心肺蘇生

心臓や呼吸が止まった時に前胸部をリズミカルに押して、全身に血液を送る。胸骨や肋骨骨折が起こることがある。心停止から２分以内に開始すると効果的。急変時ではAEDで電気ショックを与えるのは効果的。ターミナル（治療しても回復する見込みがない）の場合は延命目的となる。

心臓マッサージ

昇圧剤

血圧が下がった時に血圧を上げるために点滴や心臓に針を刺して注射し血圧を上げる。

呼吸ができなくなったり、呼吸が苦しい時に行う処置

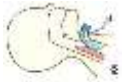
１．挿管

口や鼻から管を入れて気道（呼吸する道）を確保する。挿管は長くても2-3週間。声は出せず、食事もできない。

気管挿管

２．気管切開

挿管が長くなると気管（首）に穴をあけて、カニューレ（管）を入れる。人工呼吸器をつなげることもある。2週間に1度程度交換が必要。



気管切開

３．人工呼吸器

挿管チューブやカニューレに人工呼吸器をつなげて、人工的に呼吸を補助する。呼吸器を外すと呼吸ができず死に至る場合があるので、命にかかわると予想される場合は1度呼吸器をつけると、医師でも原則として外すことはできない。

人工呼吸器

延命治療の例

口から食事が取れなくなったり、十分な量が取れなくなった時

１．食べられるだけ食べて、自然にまかせる

食べるとむせて誤嚥性肺炎になる可能性が高い。
楽しみ程度を続ける。好きなものだけ食べる。
最後は絶食になる。絶食になると1-3週間で衰弱する。

経鼻経管栄養

２．経鼻経管栄養

流動食を鼻から挿入したチューブから入れる。2週間に1度程度交換。抜けやすく入れ替えが必要なため、老人ホームや介護施設では受け入れてくれないところもある。

３．胃ろうからの経管栄養

流動食を胃に穴をあけて造った胃ろうから入れる。内視鏡を使った胃ろうの手術（1泊2日程度）が必要。月に1度程度の交換が必要 。抜けにくく、管理がしやすいので、老人ホームや介護施設でも受け入れてくれることが多い。

胃ろう

４．中心静脈栄養

首や股や肘から体の中心部の太い静脈に管を入れ、カロリーが高く濃い点滴をする。栄養は十分取れるので長期に継続できる。刺すときに技術が必要。感染しやすく、時々入れ替えが必要。腸を使わないので、消化機能の低下、肝機能障害に注意。口の清潔が保てないので、口腔ケアが必要。

５．末梢点滴

普通の細い静脈（腕等）からの点滴。カロリーが少ないので、いつか低栄養になり、衰弱していく。3-6か月程度で衰弱する。

腎臓が悪くて、尿が出ない時

人工透析

腎機能が悪い時に血液透析をして、血液をきれいにする。週に3 回、4-5 時間程度かかる。
延命治療を望まないで人工透析をやめた場合の生存期間は数日から2 週間程度。