

鶴巻温泉病院 介護医療院 入所のご案内

鶴巻温泉病院 介護医療院

電話：0463-78-1311（代表）

FAX：0463-78-5955

特徴

介護医療院 I 型	
病床数	52 床（4 人床 12 部屋、2 人床 2 部屋）
対象	長期療養が必要である重篤な身体疾患、 および身体合併症のある認知症高齢者の方が対象となります。
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の中にある「介護保険の施設」で幅広いお受入れの対応ができます。 ・医師、看護職員、介護職員が 24 時間常駐しています。 ・長期的な医療と介護のニーズに対応し、「日常的な医学管理」から「看取り」まで対応した生活施設です。 ・リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士などを配属し、多職種連携でのケアの提供ができます。 <p>※入所者様の状態により、院内で移動となる可能性があります。また、専門的な治療が必要な場合は転院をお願いすることがあります。</p>
リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・今ある機能を活かし維持するためのリハビリテーションが主となります。 ・提供量は、1 単位 20 分で、それぞれ月 10 単位以内となります。 <p>目安は週に 1～2 回、1 単位（20 分）となります。</p>

入所生活

- ・入浴：週 2 回（お身体の状態により、清拭となる場合があります。）
- ・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：曜日祝日問わず、午前 11 時～午後 8 時となっております。
*現在は日曜祝日以外に決められた時間での予約面会を実施しています。
*Web 面会も予約制で実施しています。
- ・携帯電話：使用可能です。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。
持ち込みをご希望の方は職員にご相談ください。
- ・余暇活動：入所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。
- ・その他詳細は療養棟スタッフにお尋ねください。



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。

入所費用

- お支払い方法は、①自動振替、②振り込み、③現金書留となります。
 - 介護保険の負担割合により入所費用が異なります。
 - 負担限度額認定証をお持ちの方はご提示ください。
 - 介護保険証をご確認いただき、下記の「1か月の入所費用（概算）」をご覧ください。
 - 月末締めとなります。
- 金額等は毎月13日頃に支払責任者に郵送いたします。

表面

介護保険被保険者証		(1)		(2)		(3)	
番号 住所 フリガナ 氏名 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女 交付年月日 年 月 日 保険者番号並びに保険者の名称及び印		要介護状態区分等 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 区分支給限度基準額 居宅サービス等 年 月 日～ 年 月 日 1月当たり (うち種類支給限度基準額) サービスの種類 種類支給限度基準額 認定審査会及び指定のサービスの種類		内容 開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日 種類 名称 種類 名称		期間 開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 入所等年月日 年 月 日 退所等年月日 年 月 日 入所等年月日 年 月 日 退所等年月日 年 月 日	

ここに要介護1～5と記載されています。

介護保険負担割合証	
交付年月日 年 月 日	
番号 住所 フリガナ 氏名 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女	
利用者負担の割合	適用期間
割	開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
割	開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	

ここに1～3割の数字が記載されています。

・保険証の介護度と負担割合をご確認ください。
 ・負担限度額認定証は1割負担の方で役所に申請し認定された場合に発行されます。
 (役所へご相談ください)

(裏面)

注意事項

一 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護(この証の表面において「特養等」という。)並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護(この証の表面において「老健・療養等」という。)を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。

二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口へ提出してください。

三 被保険者の資格がなくなつたとき、認定の条件に該当しなくなつたとき又は負担限度額認定証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

(表面)

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日 令和 年 月 日	
被保険者番号	
住所	
フリガナ	
氏名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女
適用年月日	令和 年 月 日から
有効期限	年 月 日まで
食費の負担限度額	(介護予防)短期入所生活(療養)介護 その他のサービス 円 円
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室 円 ユニット型個室的多床室 円 従来型個室(特養等) 円 従来型個室(老健・療養等) 円 多床室 円
被保険者番号及び印	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ここの「その他のサービス」の金額をお確かめください。
3段階②は 1360 円
3段階①は 650 円
2段階は 390 円と記載されています。

1 か月の入所費用 (概算)

※4 人部屋・オムツ・食事込みの概算です

要介護 3		要介護 4		要介護 5	
1 割	約 23.0 万円/月	1 割	約 23.3 万円/月	1 割	約 23.5 万円/月
2 割	約 26.5 万円/月	2 割	約 27.2 万円/月	2 割	約 27.8 万円/月
3 割	約 30.0 万円/月	3 割	約 31.2 万円/月	3 割	約 32.1 万円/月

*2000~5000 円の加算込み

負担限度額認定証ありの場合 (1 割負担の方)

要介護 3		要介護 4		要介護 5	
3 段階②	約 19.5 万円/月	3 段階②	約 19.8 万円/月	3 段階②	約 20.1 万円/月
3 段階①	約 17.2 万円/月	3 段階①	約 17.6 万円/月	3 段階①	約 17.9 万円/月
2 段階	約 16.5 万円/月	2 段階	約 16.8 万円/月	2 段階	約 17.1 万円/月

申込から入所までの流れ



電話でのお問い合わせ

- 「鶴巻温泉病院 介護医療院 ケアマネ」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： 0463-78-1311 (代表)



入所相談

- 医療院についての説明と入所についてのご相談をお受けいたします。
* 事前予約のうえ、ケアマネとの面談を設定させていただきます。
現在の医療状況やお体の状況をお伺いします。
* 面談時に介護保険証と負担割合証、限度額認定証をご持参ください。



入所判定審査

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。
- 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、担当医師、看護師、責任者と面談を実施する場合があります。



入所日の調整・案内

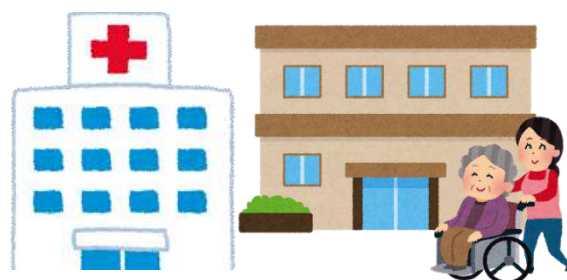
- お部屋のご用意が出来ましたら、ご案内させていただきます。



入所

- 入所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。

入所当日は、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。



入所当日のお持物・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、ご家族さま両方）
入所申込書（アセスメントシート含む 計7枚）
保険外負担支払保証書兼患者身元引受保証書（用紙は事前にお渡しします） *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。 *急な入所決定時は当日記入いただきます。
着替え：7セット位 ※衣類に関しましては、上下離れているもの、前開き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、施設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

○入所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（用紙は事前にお渡しする場合があります） *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
重要事項説明書兼契約書 その他利用料金申込書
施設サービス計画書と栄養ケア計画書

次ページからの書類をご記入の上、
入所前面談又は入所当日にご提出ください。
合計 7 枚（両面 4 枚）

① 入所申込書

ID: _____ 未: 済

入所申込書

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

入所者さま	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/労災 (業務・通勤) 自賠 (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					
	リハビリの着用	(あり・なし)		廊下靴の表示	(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 回復期小病棟
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
入所日	到着時間	病棟	病室	主治医
_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)		階		

ボールペンでご記入のうえ入所当日にご提出ください

アセスメントシート

本日、ご入所いただきありがとうございます。分かる範囲でお答えください。
下記の内容を生活に活かしていきたいと考えて折ります。ご記入宜しくお願いします。

氏名 _____ 様

I 既往歴:疾患名・発病の年齢・受診病院名ご記入お願いします。

- ・
- ・
- ・
- ・

II アレルギー: なし ・ ある (花粉・薬・食品・その他:内容 _____)

III 日常生活の状況(ご病気になられる前のご自宅での生活)

活動

1. 家事:洗濯・掃除・料理などのご本人の役割や工夫していたことを記入ください。

- ① 洗濯:
- ② 掃除:
- ③ 料理:
- ④ その他:

2. 移動:歩行・杖歩行・手引き歩行・シルバーカー・歩行器・車椅子など当てはまるものを記入ください。

- ① 屋内は
- ② 屋外は

介助内容:自立・お手伝いが必要(どのような内容ですか)

2. 整容:歯磨き・義歯管理方法・頭髪・お化粧品・髭剃りなどの回数やこだわりがありましたら記入ください。

- ① 歯磨き:
- ② 整髪:
- ③ お化粧品/髭剃り:
- ④ その他:

介助内容:自立・お手伝いが必要(どのような内容ですか)

4. 食事:1日の摂取状況を記入ください。

- ① 1日何食
主食は何を:

- ② 間食は何時に何を:

- ③ 好む飲み物と回数と量:

- ④ 好き嫌い:

- ⑤ 食べる時何を_using_していましたか:箸・スプーン・その他()

介助内容:自立・お手伝いが必要(どのような内容ですか)

5. 排泄:排尿・排便の状況について記入ください。

- ① トイレ(和式・洋式・立便器)、オムツ、紙パンツ、その他()

- ② 日中と夜間の排尿回数:

- ③ 排便回数と性状:

介助内容:自立・お手伝いが必要(どのような内容ですか)

6. 更衣:日中・夜間の状況について記入ください。

- 日中はどのような服を着られていましたか。(トレーナー・ジャージなど)
- ・
- 夜間はどのような服を着られていましたか。(パジャマ・浴衣など)
- ・
- 下着は何を着用されてましたか。(シャツ・パンツ・ももひき・腹巻・その他)
- ・
- 衣類のこだわりはありましたか(大きめの物・ぴったりした物・数枚重ねなど)
- ・

介助内容:自立・お手伝いが必要(どのような内容ですか)

7.入浴:入浴状況をご記入ください。

- ① 入浴回数:

- ② 入浴時間:

- ③ 入浴の好き嫌い:

介助内容:自立・お手伝いが必要(どのような内容ですか)

8. 睡眠:睡眠状況についてご記入ください。

① 布団・ベッド・その他()

② 睡眠時間 何時～何時:

③ 眠剤内服内容:

④ 寝る前にしていたこと:

9. コミュニケーション:会話の状況をご記入ください。

① よく話されていた内容:

② 地域の方言・口癖派:

③ 聴力:

④ 理解力:

参加

10. 意欲・生きがい:関心内容・仕事や家事・子育てなど重要視していたことをご記入ください。

11. 余暇活動:スポーツ参加・習い事・音楽鑑賞・家庭菜園・盆栽・パチンコなどされていたことをご記入ください。

12. 役割(家庭/社会):主婦・仕事・ボランティア活動・自治会活動などされていたことをご記入ください。

13. 生活習慣

① 飲酒 なし・あり(週 回、日本酒・焼酎・ビール・ワイン・1日 ml)

② 喫煙 なし・あり(日 本、喫煙歴 年、禁煙したのは 歳)

環境 可能な範囲でご記入してください。

14. 生活・住宅環境:

① 一軒家・賃貸:

② 友人関係・近隣の協力関係:

③ 交通面:

15. 経済状況:

16. 家族関係:

① 面会は月何回予定:

② 可能であればご家族のお名前(呼び名)とご関係教えてください。

③ 家族の系図を簡単にお書きください

17. ライフスタイル:

18. 価値観習慣:

19. 性格(個性):

20. 宗教:

21. 面会の制限希望:

22. 通院されていた病院名をお書きください。

内科:

外科:

整形外科:

眼科:

皮膚科:

歯科:

23. 今までご本人とご家族で延命治療について話し合われたことはありますか。

(ある ・ ない)

どのような内容でしたか

24. 最後に

・貴重品に関して、細心の注意を払い取り扱いさせていただきますが、破損・紛失した場合責任を負うことができません。

(同意する ・ 同意できない)

・緊急時、居室を移動することがあり、移動後連絡する事があります。

(同意する ・ 同意できない)

(20230301)

入所者さま 興味・関心チェックシート

様

入所者さまの好きなことや趣味・興味を持っていたことに○
好まなかったことに×をチェックしてください。

生活行為	○×	生活行為	○×
温泉		生涯学習・歴史	
お風呂に入る		読書	
ファッション		俳句	
食べること		書道・習字	
歯磨きをする		絵を描く・絵手紙	
身だしなみを整える		パソコン・ワープロ	
すきな時に寝る		写真	
掃除・整理整頓		映画・観劇・演奏会	
料理を作る		お茶・お花	
買い物		歌を歌う・カラオケ	
家や庭の手入れ・世話		音楽を聴く・楽器演奏	
洗濯・洗濯物たたみ		将棋・囲碁・麻雀・ゲーム	
(自転車)・車の運転(外出)		体操・運動	
電車・バスでの外出		散歩	
孫・子供の世話		ゴルフ・水泳・テニスなどスポーツ	
動物の世話		ダンス・踊り	
友達とおしゃべり・遊ぶ		野球・相撲観戦	
家族・親戚との団らん		競馬・競輪・競艇・パチンコ	
デート・異性との交流		編み物	
居酒屋へ行く		針仕事	
ボランティア		畑仕事	
地域活動(町内会・老人クラブ)		賃金を伴う仕事	
お参り・宗教活動		旅行・温泉	

2020年4階東療養棟作成
2022年10月4日鶴巻運営会議承認
2022年10月31日診療記録管理委員会承認

入所後の生活に関する確認

* ネームバンドについて

入所者の安全のため、ネームバンドを使用しております。身体状況に応じて緊急に外す場合があります。了解して頂けるようでしたら、<リストバンド装着辞退届>用紙に記入をお願いします。

* 個人洗濯について

ご自宅での洗濯希望がありましたら「個人洗濯伝票」用紙にご記入ください。また、一部(タオルのみなど)希望も可能です。(入所費に含まれている為料金はそのままとなります。)

* 散髪希望について

月1回実施しています。費用が掛かります。ご希望の内容をご記入ください。

- ① 全体的に cmカット
- ② 耳を出す・出さない・半分出す
- ③ 襟足を刈り上げる・刈り上げない
- ④ バリカン使用可能・NG

カット回数希望・毎月・偶数月・奇数月・3か月ごと・その他(希望月は電話連絡する)

見本表を参照し希望番号を記入ください。(例:1番のAなど)*入所時にお見せします。

その他:ご本人様や他の入所者の様態に応じて、ベッド移動をさせていただいています。

後日電話連絡にて報告でも (良い ・ すぐの連絡希望) ですか。

● 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)