

提出書類のお願い

介護老人保健施設 やまぶきの郷

この度、やまぶきの郷へのお問い合わせをいただきましたが、当施設のご利用に際しまして、次の書類の提出をお願いします。

施設長(判定会議)が書類を検討した上で、ご利用の可否についてお返事をさせていただきます。

記

1. 利用申込書
2. 診療情報提供書（当施設の用紙をお渡しします）

主治医に依頼してください。

3. 看護サマリー（書式は自由です）

入院（入所）中の看護師に依頼してください。

または、在宅の方はフェイスシートを居宅ケアマネージャーに依頼してください。

以上

よろしくお願い申し上げます。

尚、不明な点は支援相談員までお問い合わせください。

Tel 049-287-1155

ショートステイ 利用申込書

年 月 日

判定	可・否 ()	入所日	令和 年 月 日 ~ 月 日	階	号室
----	---------	-----	----------------	---	----

フリガナ 氏名	生年月日	M T S H 年 月 日	介護度	居宅介護支援事業所
			要支援 1・2	
			要介護 1・2・3・4・5	
住所	〒			TEL
緊急連絡先	① フリガナ 住所 氏名 (続柄)	メールでの連絡希望の場合メールアドレス		TEL ご都合が良い時間
	② フリガナ 住所 氏名 (続柄)	メールでの連絡希望の場合メールアドレス		TEL ご都合が良い時間
請求書宛先 ○をつけて下さい	①・②	その他 氏名	住所	
病歴			保健種別	厚生年金 ・ 国民年金
			食費・居住費減額	段階
◇現在の入所施設(病院)			住所 TEL	
◇本人の希望・支援してほしいこと				
◇家族の意向				
◇部屋の希望 (ショートステイのお部屋は原則個室1のお部屋のご利用となります。ご了承ください。)			◇性格、趣味	
個室1・ ~~個室2~~ ・ ~~2大部屋~~ ・ ~~4大部屋~~				
◇退所後について				
自宅に帰る ・ 病院に入院 ・ 他の施設に入所 その他()				
必要書類				
診療情報提供書・介護サマリー・介護保険者証・医療保険証・その他				

診療情報提供書

当施設の利用目的： 入所 ・ 短期入所 ・ 通所(いずれかに○をつけてください)

氏名	男・女		生年月日 M・T・S 年 月 日(歳)				
疾病名							
治療経過							
現在の処方							
認知症	有・無	<問題行動の状況>			胸部X-P	異常 有・無 (~~ツ反応~~)	
検査結果 検査日 年 月 日					肺炎球菌ワクチン接種(有・無・不明)		
WBC		TP		BUN		CRP	
RBC		Alb		Cr		HBS抗原	
Hb		GOT		Na		HCV抗体	
Ht		GPT		K		褥瘡・皮膚疾患	
Plt		Glu		Cl		MRSA	
上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用(可・否)と認めます。							
令和 年 月 日							
医療機関				所在地			
				電話			
				名称			
医師名				印			

介護老人保健施設 やまぶきの郷 ～身体状況表～

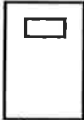
記載日 令和 年 月 日

利用者氏名：

様

記載者(職種)：

身長 cm 体重 kg (測定日：)

区分	項目				詳細		
食事	形態	主食	米飯・全粥・ブレンダー・5分粥・3分粥・重湯			※トロミ有の場合 濃度：	
		副菜	常食・キザミ・ミキサー・極キザミ・ブレンダー・トロミ				
	食事制限	無・有 (Kcal、塩分 g)		牛乳	飲める 腹痛・下痢を起しやすい		
	アレルギー	無・有 ()					
	食事摂取量	全量・2/3程度・半分・1/3程度・1、2割					
	使用器具	箸・スプーン・フォーク・自助具・滑り止めマット・その他()					
	摂取状況	自立・一部介助・全介助		嚥下状態	ムセ(無・有)水分トロミ有・無		
	歯	自歯・義歯(上・下)・残歯(本程度)・無					
排泄	尿	尿意	有・無	失禁	日中(有・無)	夜間(有・無)	
		排泄行為	自立・一部介助・全介助		立位	自立・見守り・一部介助・全介助	
		排泄方法	トイレ(自立 誘導)・Pトイレ・RHパンツ+パット・オムツ・その他				
	便	便意	有・無	失禁	日中(有・無)	夜間(有・無)	
		排泄行為	自立・一部介助・全介助		下衣	上げ下ろし自立・一部介助・全介助	
		排泄方法	トイレ(自立 誘導)・Pトイレ・RHパンツ+パット・オムツ・その他				
排便周期	(日に1回)、(便マイナス 日で下痢)						
移動	歩行状況	歩行可・リハビリでのみ歩行練習・付添・見守り(近位/遠位)・介助					
	使用器具	杖・歩行器・歩行車・シルバーカー・車いす・補装具・その他					
		器具操作 自操可・介助・見守り					
入浴	入浴行為	自立・一部介助・全介助					
	入浴方法	一般浴(歩行浴)・個浴(家庭浴)・機械浴(車椅子・ストレッチャー)					
更衣 整容	口腔ケア	歯磨き・義歯の手入れ(自立・一部介助・全介助)					
	更衣	自立・一部介助・全介助		爪切り	自立・一部介助・全介助		
	洗顔	自立・一部介助・全介助		顔剃り	自立・一部介助・全介助		
睡眠	睡眠状態	良好・不良(内容)					
	眠剤使用	有・無()		夜間トイレ回数	(およそ 回)		
意志 表示	理解力	良好・不良(内容)					
	意思表示	良好・時々できる・不良(内容)					
	会話	可能・多少障害有・不可(内容)					
	認知症	無・少しはある・有()					
		MMSE または 長谷川式		/30点			
		徘徊： 有・無					
高次脳機能障害	有・無 (内容)						
感覚	視力	老眼鏡・近眼鏡・メガネ使用なし(普通・やや困難・見えない)					
	聴力	補聴器使用(有・無) (普通・やや難聴 難聴)					
身体 状況	麻痺	無・有 ()					
	拘縮	無・有 ()					
	床ずれ	無・既往有・有(体圧マット： 要・不要・その他)					
	寝返り	柵使用： 有・無 (自立・見守り・一部介助・全介助)					
	起き上がり	柵使用： 有・無 (自立・見守り・一部介助・全介助)					
	座位保持	柵使用： 有・無 (自立・見守り・一部介助・全介助)					
	立位保持	柵使用： 有・無 (自立・見守り・一部介助・全介助)					
	移乗	柵使用： 有・無 (自立・見守り・一部介助・全介助)					
生活 環境	ベッド周辺 環境	日中  夜間  ※ベッド回りの状況をご記入ください。 (柵、Pトイレ、滑り止め・センサーマット等)					
	センサーマット	不要・必要(理由)					
	L字柵	使用： 無・有(開閉状況 日中(開・閉) 夜間(開・閉)					
管理 能力	服薬	自立・一部介助・全介助					
	金銭	自立・一部介助・全介助					
性格	親しみやすい・おだやか・おとなしい・気難しい・わがまま・短気 その他()						