この度は『介護老人保健施設　ケアハイツいたみ』ご利用のご相談をいただきありがとうございます。利用手続きに必要な書類を同封させていただきます。

①利用申込方法のご案内

②利用申込書（○）

③日常生活情報書（○）

④診療情報提供書（○）

⑤ケアハイツいたみパンフレット

⑥利用料金表

（○）のついた書類がそろいましたら、お手数ですが下記まで提出または郵送をお願い致します。ご用意していただいた書類をもとに書類審査をさせていただきます。その後、面接の日程調整でご連絡させていただきます。よろしくお願い致します。

〒664-0023

伊丹市中野西1丁目141番地

社会福祉法人　伊丹市社会福祉事業団

介護老人保健施設　ケアハイツいたみ

TEL072-773-2286　FAX072-773-2266

ケアハイツいたみ入所においての留意点

【食　　事】

入所中は当施設の管理栄養士が利用者様の栄養管理させていただいております。

食物の持込は食中毒の危険がありますので御遠慮下さい。

【リハビリ】

入所中は専門職がついてのリハビリをさせていただきますが、基本は入所生活の場においての生活リハビリが主体となります。

* 専門職によるリハビリは入所日より3ヵ月間は3回／週　させていただきます。

（入所日より3ヵ月間を経過すると2回／週　になります）

* 介護老人保健施設から申し込みされる方のリハビリは2回／週の提供になりますのでご理解ください。

【受　　診】

入所中は当施設の常駐医が体調管理をさせていただきます。よって常駐医の判断がない限りは他医療機関の受診が出来ません。なお、入所中は定期受診、定期健診が出来ませんので御理解下さい。（薬をもらいに行く事もご遠慮していただいております）

【転倒リスク】

介護老人保健施設の生活において、転倒の恐れは必ずあります。御理解下さい。

事故、急変時において救急搬送の際は原則ご家族様の付き添いが必要になります。（入院等の手続きが必要になる事がある為）ご協力ください。

社会福祉法人　伊丹市社会福祉事業団

介護老人保健施設 ケアハイツいたみ

**利用申込方法のご案内**

１．お問い合わせ

ご不明な点などございましたらまずはお電話にてお問い合わせ下さい。

２．必要書類の提出

① 利用申込書・・・・・・・ご家族の方がご記入下さい。

② 日常生活情報書

病院に入院中の方・・・病院の相談員・職員に記入をご依頼下さい。

施設に入所中の方・・・施設の相談員・職員に記入をご依頼下さい。

ご自宅で生活中の方・・担当のケアマネジャーに記入をご依頼下さい。

③ 診療情報提供書（作成にするにあたり、依頼先で費用がかかりますのでご注意ください）

病院に入院中の方・・・病院の相談員・看護師にご相談の上、記入をご依頼下さい。

施設に入所中の方・・・施設の相談員・看護師にご相談の上、記入をご依頼下さい。

ご自宅で生活中の方・・主治医の診察を受けて頂き、作成をご依頼下さい。

④ 介護保険者証のコピー

３．書類審査

ご提出頂いた書類をもとに利用可能かどうかの審査を行います。

４．面接

面接日程の調整をさせて頂きます。面接は当施設にて行いますので、利用を希望されるご本人とご家族の方にお越し頂きます。

５．判定会議

ご提出頂いた書類・面接内容をもとに入所可能かどうかの判定会議を行います。

６．判定結果のご連絡、ご利用日時の調整

判定結果についてご連絡させて頂きます。利用可能となりましてもベッドの空き状況により、お待ち頂く場合もあります。

７．ご利用案内

利用契約についてご説明いたします。

※ 体調不良や病状に変化があった場合、他の施設などへの入所となった場合に　は必ずご連絡をお願いいたします。

※ ご不明な点などありましたら、相談員 阪本・水嶋までお問い合わせ下さい。

072（773）2286（代）

社会福祉法人　伊丹市社会福祉事業団

介護老人保健施設　ケアハイツいたみ　利用申込書

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利 用 者 本 人 の 状 況 | フリガナ |  | | | 男  女 | | 生年  月日 | 明　大　昭  年　　　月　　　日  （　　　　歳） |
| 氏名 |  | | |
| 現住所 | （〒　　　　－　　　　　　）  （電話番号　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | |
| 介護保険状況等 | □ 要 介 護 認 定 を 受 け て い る | | | | | | |
| ＜申 込 日 現 在 の 介 護 度 ＞ 要介護 （ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ） | | | | | | |
| ＜認定有効期間＞平成　　年　　月　　日 から 平成　　年　　月　　日まで | | | | | | |
| □ 区 分 変 更 申 請 中  （平成　　　年　　　月　　　日　申請） | | | | □ 新 規 ・ 更 新 申 請 中  （平成　　　年　　　月　　　日　申請） | | |
| 障害者手帳 | □無　□有（種別：　　 　　　　　　　　 　　　　　級） | | | | | |
| 特定疾患の認定 | □無　□有（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 介護保険負担限度額認定 | | □ 無　□ 有（食費:□ 300円 □ 390円 □ 650円）  □ 申請中 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者（家 族） | | フリガナ |  | | | | 電話番号 | |  | | |
| 氏名 |  | | | |
| 携帯電話 | |  | | |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　　）  ＊施設までの所要時間（　　　　　　　時間） | | | | | | | 年齢 | 歳 |
| 続柄 |  |
| 緊急連絡先 | | 氏名 | | 続柄 | 連絡先 | | | 家族構成図 | | | |
|  | |  |  | | | *男=□　女=○　　本人=二重印　　死亡=黒塗り* | | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
| 現在の居所 | | * 自宅　□ 病院　□ 施設　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 病院・施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　入院・入所日　　年　　月　　日より | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | |
| 電話 | | | | | 担当者　　　　　　（相談員・ケアマネジャー） | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 入所希望日 | 平成　　　年　　　月　　　日より |
| 希望期間 | * 1ヶ月　□ 3ヶ月　□ 6ヶ月 |
| 希望居室 | □ 4人部屋  □ 個室（3,000円／1日の差額料金） |
| 申込理由  （具体的に） |  |
| 退所後の予定 | * 在宅　□ 老健　□ 病院　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 ）   具体名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ） |
| 在宅復帰に当たっての問題点（具体的に） |  |
| 本人の性格 |  |
| 趣味・特技 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅サービスの利用状況  ※以下に該当する現在・直近の居宅サービスの利用状況についてご記入ください。 | | | | | | |
| 居宅介護支援  事業所 | 事業所名 | | | | | |
| 住　　所 | | | | | |
| 電　　話 | | | 担当ケアマネジャー： | | |
| 訪問介護 | 回／月 | 訪問看護 | 回／月 | | 短期入所生活介護 | 回／月 |
| 訪問リハ | 回／月 | 通所介護 | 回／月 | | 1回　　　泊　　日 |
| 通所リハ | 回／月 | 居宅療養管理指導 | 回／月 | | 短期入所療養介護 | 回／月 |
| 福祉用具貸与 | 内容 | | | | 1回　　　泊　　日 |

※申込書と一緒に介護保険者証のコピーもご提出ください。

※提出書類の確認　□ 利用申込書（本用紙 ２枚）　□ 日常生活情報書 ①②③

□ 診療情報提供書 　　　　 □ 介護保険者証コピー

日 常 生 活 情 報 書 ①　※該当するものに☑してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病 歴 と 病 状 管 理 | | | | | |
| 特別な処置 | □ 点滴の管理　□ ストーマ（人工肛門）の処置　□ 酸素療法　□ カテーテル  □ 疼痛管理　　□ ペースメーカー　□ インスリン　□ 痰吸引　□ 褥瘡  □ 胃ろう（種類）　　　（栄養剤）　　　　　　　回／日（朝・昼・夕）注入 | | | | |
| 既往歴 | 年　　月　　病名： | | | | |
| 病院 | | | 通院状況　　　　回／　　　週 ・ 月 | |
| 年　　月　　病名： | | | | |
| 病院 | | 通院状況　　　　回／　　　週 ・ 月 | | |
| 年　　月　　病名： | | | | |
| 病院 | | 通院状況　　　　回／　　　週 ・ 月 | | |
| 年　　月　　病名： | | | | |
| 病院 | | 通院状況　　　　回／　　　週 ・ 月 | | |
| 既往歴の経過  現在治療中の  病気の状況 |  | | | | |
| 内服薬  内容・用量・  分量記載 | ※薬の説明書（複写）をご用意いただくか、服用されているすべての薬名をご記入ください。  薬のアレルギー 有・無（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 内服管理 | * 自己管理　□ 要介助（□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助） | | | | |
| 主 治 医 の 情 報 | | | | | |
| 医療機関 |  | 診療科 | | | 科　　　　　　医師 |
| 電話番号 |  | 受診状況 | | | □ 通院　□ 往診（　　回／週・月） |
| リハビリ内容・状況 | | | | | |
| リハビリ内容 |  | | | | |
| 認 知 症 の 状 態 | | | | | |
| 認知症の症状 | □ なし　□ あり　　認知症の診断を受けているか　□ なし　□ あり  （□ 老人性　□ アルツハイマー型　□ 脳血管性　□ その他　） | | | | |
| 症状の内容 | □ 記憶障害　□ 見当識障害　□ せん妄　□ 帰宅願望　□ 自傷行為　□ 大声  □ 介護抵抗　□ 収集癖　□ 不穏状態　□ 意欲低下　□ 徘徊　□ 被害妄想  □ 老人性そう・うつ病　□ 幻聴・幻覚　□ 暴力行為　□ 暴言　□ 過食・異食　□ 不潔行為　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 具体的な言動の内容 | | | | |
| ご 本 人 の 状 況 | | | | | |
| 生活歴  ご本人の現在の様子 |  | | | | |

日 常 生 活 情 報 書 ②　※該当するものに☑してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 麻 痺 ・ 移 動 情 報 | | | |
| 麻痺 | □ なし　□ あり（□ 右上肢　□ 右下肢　□ 左上肢　□ 左下肢） | | |
| 筋力低下 | * なし　□ あり（□ 右上肢　□ 右下肢　□ 左上肢　□ 左下肢） | | |
| 移動 | □ 歩行（□ 自立　□ 杖　□ シルバーカー・歩行器　□ 介助 ）  □ 車椅子（□ 本人操作　□ 介助者操作　□ 移乗動作可能　□ 移乗動作不可能）  □ 寝たきり　　　　　装具 □ なし　□ あり（部位：　　　　　　　　　　　　） | | |
| 移乗 | * できる　□ 要見守り　□ 一部介助　　□ 全介助 | | |
| 立位 | * できる　□ 要見守り　□ 支えがあればできる　□ できない | | |
| 立位膝折 | * ある　　□ なし | | |
| 座位 | * できる　□ 要見守り　□ 支えがあればできる　□ できない | | |
| 座位姿勢 | * 安定している　□傾きがある　□ 反り返りがある | | |
| 起き上がり | * できる　□ 要見守り　□ 支えがあればできる　□ できない | | |
| 寝返り | * できる　□ 要見守り　□ 支えがあればできる　□ できない | | |
| 転倒 | * あり（転倒頻度　　　回／週程　）　　　□ なし | | |
| 入 浴 ・ 衛 生 保 持 の 情 報 | | | |
| 入浴 | □ 自宅入浴（□ 浴槽　□ シャワー ）　□ 訪問入浴　　　　　　　　　回／週  □ 施設入浴（デイサービス・デイケア）　　　　　　　　　　　　　　　回／週  （入浴手段）　□ 機械浴　□ 一般浴　□ 清拭 | | |
| 洗身 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助　□ 清拭のみ | | |
| 洗髪 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 洗顔 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 歯磨き | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 整髪 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 着替え | 上衣　□ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 下衣　□ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助 | | |
| 食 事 の 情 報 | | | |
| 食事摂取 | □ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全介助  □ 箸　　□ スプーン　□ フォーク　□ 自助具（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 飲み込み | * できる　□ 要見守り　□ できない | | |
| むせこみ | * なし　□ あり | 水分 | * とろみなし　□ とろみ有　□ゼリー |
| 食種 | 一般食 ・　療養食（糖尿食 ・心臓食 ・ 腎臓食 ・ 肝臓食 ・ その他（　　 　　　　）） | | |
| 主食 | □ 米飯　□ 粥（　　）　　□ ミキサー | | |
| 副食 | □ 常食　□ 一口大　□ 刻み（１㎝、５㎜、ソフト）　□ ミキサー、ゼリー | | |
| 自分の歯 | * なし　□ あり | | |
| 義歯 | * なし　□ あり（□ 総入れ歯　□部分入れ歯） | | |
| 食事嗜好・希望 |  | | |
| 禁忌食品 | □ なし　□ あり（　　　　　　　　 　 　　） | | |
| アレルギー | □ なし　□ あり（　　　　　　　　 　 　　） | | |
| その他の  注意事項 |  | | |

日 常 生 活 情 報 書 ③　※該当するものに☑してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 排 泄 の 情 報 | | | |
| 排泄の情報 | □ 自立　□ 要介助　□ ポータブルトイレ使用  □ 夜間はオムツ　□ 終日オムツ　□ オムツを外す行為（ □ 有　□ 無 ）  □ リハビリパンツ使用　□ パット使用　□ カテーテル | | |
| 尿意 | □ あり　□ 時々あり　□ なし | 便意 | □ あり　□ 時々あり　□ なし |
| 尿失禁 | □ あり　□ 時々あり　□ なし | 便失禁 | □ あり　□ 時々あり　□ なし |
| コミュニケーション ・ 視力 ・ 聴力の情報 | | | |
| 視力 | * 普通　□ １ｍでみえる　□ 目の前でやっとみえる　□ ほとんどみえない * 不明　□　眼鏡の使用（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 聴力 | * 普通　□ 普通の声でやっときこえる　□ 大声できこえる　□ ほぼきこえない * 不明　□ 補聴器の使用（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 会話 | * 成立する　□ 簡単な会話は可能　□ こちらの話が理解できない * 話が全く通じない | | |
| 睡 眠 状 況 | | | |
| 睡眠状況 | □ 不眠　□ 良好　□ 不明 | 睡眠時間 | 時　～　　　　　時 |
| 不眠の場合　　　□ 声だしがある　□ 徘徊がある　□ その他（　　　　　　） | | |
| 睡眠薬使用 | □ なし　□ あり（眠剤名：　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 特記事項 | 喫煙（有・無）　　飲酒（有・無） | | |

　　記入者：氏名　　　　　　　　　　　職種





