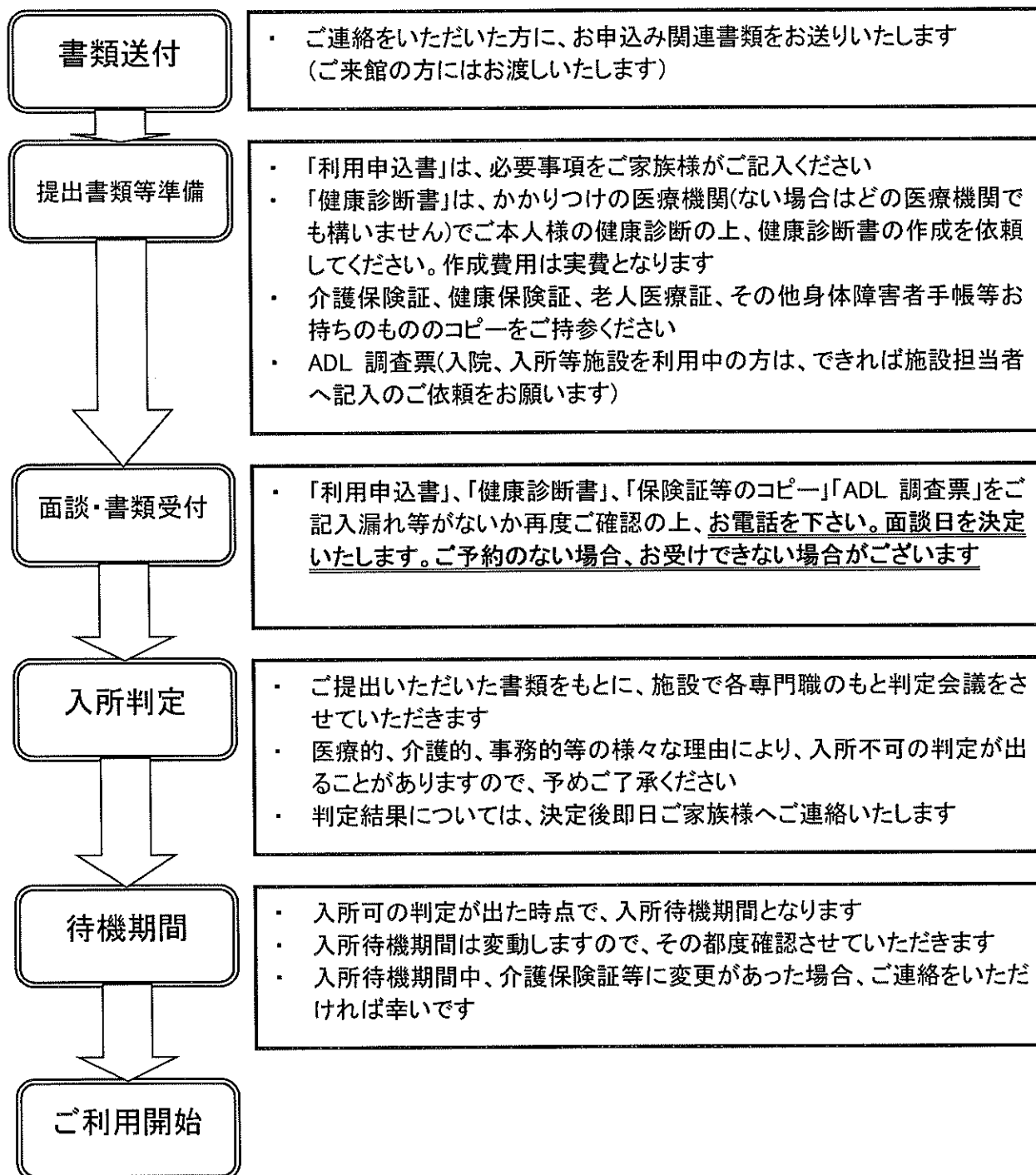


ご利用開始までの流れ



・ ご連絡をいただいた方に、お申込み関連書類をお送りいたします
(ご来館の方にはお渡しいたします)

・ 「利用申込書」は、必要事項をご家族様をご記入ください
・ 「健康診断書」は、かかりつけの医療機関(ない場合はどの医療機関でも構いません)でご本人様の健康診断の上、健康診断書の作成を依頼してください。作成費用は実費となります
・ 介護保険証、健康保険証、老人医療証、その他身体障害者手帳等お持ちのもののコピーをご持参ください
・ ADL 調査票(入院、入所等施設を利用中の方は、できれば施設担当者へ記入のご依頼をお願いします)

・ 「利用申込書」、「健康診断書」、「保険証等のコピー」「ADL 調査票」をご記入漏れ等がないか再度ご確認の上、お電話を下さい。面談日を決定いたします。ご予約のない場合、お受けできない場合がございます

・ ご提出いただいた書類をもとに、施設で各専門職のもと判定会議をさせていただきます
・ 医療的、介護的、事務的等の様々な理由により、入所不可の判定が出る場合がありますので、予めご了承ください
・ 判定結果については、決定後即日ご家族様へご連絡いたします

・ 入所可の判定が出た時点で、入所待機期間となります
・ 入所待機期間は変動しますので、その都度確認させていただきます
・ 入所待機期間中、介護保険証等に変更があった場合、ご連絡をいただければ幸いです

湘南グリーン介護老人保健施設 上郷
〒247-0013 神奈川県横浜市栄区上郷町 1045-1
TEL:045-890-6106 FAX:045-890-6107
ご不明な点等は支援相談員までお問い合わせください
※お問い合わせ時間 9:00~17:00

利用申込書（入所・短期入所・通所）

令和 年 月 日

湘南グリーン介護老人保健施設 上郷
同(ユニット型)

ふりがな		性別	要介護度	担当
ご利用者名		男・女		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生 歳
現住所	〒 電話 ()			
家族等① 連絡先	ふりがな		年齢	続柄
	氏名			
	住所	〒		
		電話 ()	携帯 ()	
勤務先名	電話 ()			
家族等② 連絡先	ふりがな		年齢	続柄
	氏名			
	住所	〒		
		電話 ()	携帯 ()	
※①とは別世帯	勤務先名	電話 ()		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 (1日¥1,650) <input type="checkbox"/> 個室 (1日¥3,300)			
退所後の方針			
ケアマネージャー	事業所名	_____		
	氏名	_____		
	電話 ()	FAX ()		
入所前の状況	6ヶ月前			
	3ヶ月前			
	1ヶ月前			

メモ

.....

入所	年月日 / /	退所	年月日 / /
	入所元		退所先

退所理由

.....

日常生活動作(ADL)調査票

【湘南グリーン介護老人保健施設 上郷】

令和 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

(続柄・職種)

項目	レベル			内容	備考
食事	自立	一部介助	全介助	形態 主食(ご飯・粥・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー) むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割) 治療・禁止食() 使用具(箸・スプーン・その他『 』)	
移動	自立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	
移乗	自立	一部介助	全介助		
立位保持	自立	一部介助	全介助		
座位保持	自立	一部介助	全介助		
寝返り	自立	一部介助	全介助		
排泄	日中			トイレ ポータブルトイレ 尿器	
	自立	一部介助	全介助	オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
	夜間			トイレ ポータブルトイレ 尿器	
	自立	一部介助	全介助	オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
				バルーンカテーテル ストマ 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿意(有・無) 便意(有・無)	
入浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
更衣	上衣				
	自立	一部介助	全介助		
	下衣				
	自立	一部介助	全介助		

意思疎通 普通 ・ 困難(具体的な様子:)

視力障害 無 ・ 有(具体的な様子:)

聴力障害 無 ・ 有(具体的な様子:)

認知症 無 ・ 有(具体的な様子:)

行動	徘徊	帰宅願望	介護拒否	大声・奇声	妄想・幻覚	暴力・暴言	不潔行為	昼夜逆転	性的行為	異食	盗食	収集行為
	具体的な様子と頻度											

[その他に何かございましたらご記入ください。] 睡眠状況

健康診断書

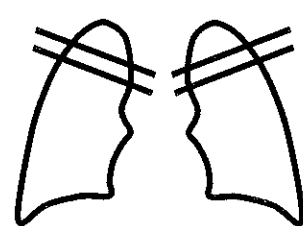
(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 年 月 日	明治・大正・昭和 (歳)
住所	TEL		

病名	既往歴
症状経過	処方内容

(身長 cm)(体重 kg)(血圧 / mmHg)(脈拍 回/分)	
検査所見	【検査日 年 月 日】
尿	蛋白質 - ± +
	糖 - ± +
	潜血 - ± +
感染症	H B s 抗原精密 - +
	H C V 抗体 - +
疥癬	- + 部位()
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()
アレルギー(食物・薬)	無・有()
麻痺	無・有()
拘縮	無・有()
特記事項	

胸部レントゲン	【撮影日 年 月 日】
所見	

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
医師氏名

印

検査データ提供のお願い

当施設への入所をご希望の方の受入審査に際し、介護老人保健施設にて適切な介護ができるかどうかの判断に用いますので、下記の検査データをお知らせくださいますようお願いいたします。

特に、現在の診断による疾病や既往歴にかかる検査データの提供をお願いいたします。

なお、3か月以内に作成された診断書がございましたら、それで十分な場合がございますのでご相談ください。

様

【検体検査】

令和 年 月 日 実施

WBC :	TP :	HbA1c :
RBC :	ALB :	FBS :
Hb :	GOT :	CRP :
Ht :	GPT :	Na :
血小板 :	γ -GTP :	K :
INR :	Tcho :	CL :
		BUN :
	TG :	Cre :
	LDL :	UA :
	CHE :	
体重 :	身長 :	血圧 :
SPO ₂ (体動時:	安静時:	←肺疾患の無い方は不要

※ワーファリン服用の方につきましてはINR値の記入をお願いいたします。

医療法人社団 相光会

湘南グリーン介護老人保健施設 上郷

TEL:045-890-6106 FAX:045-890-6107