

入所・短期利用手続きの流れ

この度は当施設のご利用について、お問い合わせ頂き、誠にありがとうございます。『湘南グリーン介護老人保健施設 葉山』の入所・短期ご利用に関して下記の手順で進めて頂きたいと思っております。

～ 手 順 ～

入 所

短 期（ショートステイ）

① 電話でのお問い合わせ

※ 窓口は介護支援相談員になります。
杉本、百瀬です。

① 電話でのお問い合わせ

※ 窓口は介護支援相談員になります。
または担当・居宅介護支援事業所のケアマネージャーに相談。

② 相談来所

日程の調整のうえでご家族の方に当施設に来所して頂き、相談・施設見学をして頂きます。この際に当施設に提出して頂く書類等のご説明をさせていただきます。

※ お渡しする書類：●利用申込書（ご家族で記入する書類）●健康診断書（医療機関・入院先・入所先に依頼）●料金表●利用手続きの流れ●パンフレット

③ 書類提出

利用申込書・健康診断書が準備できましたら当施設に提出して頂きます。
ご来所または郵送で受付します。

④ 調整会議（入所・通所判定会議）

提出して頂いた書類とご来所時の相談内容をもとに、医師（施設長）・看護婦長・理学療法士・栄養士・介護長・施設ケアマネージャー・相談員にて安全に施設の利用ができるのか審査します。

※ 状況によっては当施設の介護老人保健施設での対応が困難として利用できない場合もありますので、ご了承下さい。

⑤ 予約・待機状態

入所受入の準備ができるまでの待機がありますのでご了承下さい。

⑤ 予約・待機状態

短期（ショートステイ）の場合は空いているお部屋を利用して頂いており、短期用のお部屋がありません。
ご家族の方のご希望の日程に合わせた調整は困難な場合がありますのであらかじめ、ご了承下さい。

※ ご不明な点がございましたらお電話下さい。

湘南グリーン介護老人保健施設 葉山
〒240-0111 三浦郡葉山一色2448-1
TEL 046-877-5660
FAX 046-876-0012
相談係 杉本 百瀬

様の入所に関する情報

～生活歴～

- 本人の性格・癖などがありますか⇒
○お生まれはどこですか⇒
○ご自宅ではお一人暮らしでしたか⇒一人暮らし ・同居（どなたとの同居でしたか）⇒
○ご自宅はどのような建物ですか⇒一軒家 ・マンション ・アパート ・その他（ ）
○マンション・アパートの場合は何階にお住まいですか⇒（ ）階 ◎エレベーターはありますか⇒有・無
○お部屋は和室ですか洋室ですか⇒和室・洋室 ●寝具は何をお使いですか⇒布団 ・ベッド ・エアーマット
○オムツ等は使用していますか⇒下着・パット・紙パンツ・紙おむつ・その他
○1日の生活のリズムを教えてください。（起床時間・就寝時間・服薬時間・食事時間など）

時間	0時		3時		6時		9時		12時		15時		18時		21時	23時

～食 事～

- 食生活⇒ 調理していた方（ ）
●どのような食事をしていましたか？ 主食：ご飯・粥・パン・ミキサー粥・その他（ ）
副食：普通・刻み・みじん切り・ミキサー・その他（ ）
○好きな食べ物がありますか⇒ ○嫌いな食べ物がありますか⇒
○おやつはどんな物が好きですか⇒ ●食べ物で何かアレルギーはありますか⇒
●義 歯：なし・上のみ・下のみ・上下 ●ムセはありますか⇒なし・食ムセあり・水ムセあり・トロミ使用
●栄養面・食事面で望むことはありますか⇒
●食事制限はありますか⇒なし・あり（ ）

メモ：

～施設からの希望～

- 本人が家に帰りたいと希望がある時に外泊、外出の協力が得られますか⇒
○家族の方は月に何回ほど面会にこれますか⇒

メモ：

～その他～

- 入所中、施設に望む事はありますか⇒

記入年月日： 年 月 日 記入者氏名

様

介護老人保健施設利用の為の「健康診断書」

湘南グリーン介護老人保健施設 葉山

フリガナ		男 女	生 年 月 日			
氏 名			M・T・S	年	月	日生 歳
住 所						
現在治療を受けている疾患	1. 2. 3.	4. 5. 6.				
現 病 歴						
既 往 歴						
投薬内容 (全科のものを 含む)						
薬物アレルギー 無・有() 食物アレルギー 無・有()						
① 血圧 / ② 不整脈 無・有 ③ 経口摂取 可(食事介助 不要・要) 不可 ④ 誤嚥 無・有 ⑤ 神経学的異常所見 無・有() ⑥ 四肢拘縮 無・有() ⑦ 難聴 無・有 ⑧ 言語障害 無・有 ⑨ 視力障害 無・有(軽度・中等度・高度・年相応) ⑩ 座位保持 可・介助により可・介助しても不可 ⑪ 身長(cm)体重(kg) ⑫ 起立 可・介助により可・介助しても不可 ⑬ 歩行 独歩可・介助により可・平行棒内可・全く不可 ⑭ 杖・装具 不使用・使用 ⑮ 自己入浴 可・不可 ⑯ 衣服脱衣 可・不可 ⑰ 褥瘡 無・有(部位) ⑱ 失禁 無・有(小便・大便・両方) ⑲ 排泄 自立・オムツ・介助 ⑳ 認知症 無・軽度・中等度・高度(妄想・幻覚・奇声・独語・徘徊・その他)HDS-R 点 MMSE 点						
感染症:MRSA()HBV-Ag()HCV()Wa-R()疥癬()活動性結核() その他						
血 算:WBC RBC Ht Hb PLT CRP GOT GPT Na K Cl 生化学:T-cho HDL LDL TP Alb BUN クレアチニン FBS HbA1C						
胸部 XP(3ヶ月以内のもの): 異常 無・有() 心電図:異常 無・有()						
その他、入所中の処方変更の必要性、検査の必要性について、主治医のご意見をご記入ください。						

年 月 日

医療機関名

医師名

ADL状況表

氏名

(要)

年 月 日

	項 目	評 価				備 考
食 事	飲水摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	
	食事形態	主食=常食・お粥・ミキサー 副食=常食・キザミ・ミキサー				
排 泄	排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	
	尿意	あり	なし			
	便意	あり	なし			
	失禁	あり	ときどき	なし		
	方法	(日中)トイレ(誘導あり・無し)・PTイレ・オムツ・カテーテル (夜間)トイレ(誘導あり・無し)・PTイレ・オムツ・カテーテル				
入 浴	洗身	自立	見守り	一部介助	全介助	
	方法	一般浴	中間浴	機械浴		
着 脱	上着の着脱	自立	見守り	一部介助	全介助	
	ズボン・パンツ着脱	自立	見守り	一部介助	全介助	
整 容	口腔	自立	見守り	一部介助	全介助	
	入れ歯	あり=上・下	なし=自歯あり・自歯なし			
	洗顔	自立	見守り	一部介助	全介助	
移 動 ・ 移 乗	身長(cm)		体重 (kg)		利き腕(右 ・ 左)	
	寝返り	つかまらずに可	何かにつかまれば可	できない		
	起き上がり	つかまらずに可	何かにつかまれば可	できない		
	座位保持	可能	背もたれがあれば可	できない		
	立ち上がり	つかまらずに可	何かにつかまれば可	できない		
	歩行	独歩	杖歩行(歩行器)	車椅子=自操・他動力		
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	
行 動	意思の疎通	できる	ときどき可	できない		
	内容					
	指示への反応	通じる	ときどき通じる	通じない		
	被害妄想	ない	ときどき	ある		
	内容					
	幻覚・幻聴	ない	ときどき	ある		
	内容					
	感情は不安定	ない	ときどき	ある		
	昼夜逆転	ない	ときどき	ある		
	夜間の行動	ない	ときどき	ある		
	暴言・暴行	ない	ときどき	ある		
	内容					
	大声を出す	ない	ときどき	ある		
	内容					
	介護への抵抗	ない	ときどき	ある		
	内容					
	徘徊	ない	ときどき	ある		
	不潔行為	ない	ときどき	ある		
	帰宅願望	ない	ときどき	ある		
	喫煙	ない	ときどき	ある		
	転倒歴	ない	ときどき	ある		
	投薬内容					