

ショートステイ(短期入所療養介護)後利用までのご案内

1. 電話相談

ご担当ケアマネージャー様より、ショートステイ利用日程の予約状況確認を支援相談員までお電話でお問い合わせ下さい。

申込時に、ご準備いただく書類

- ⇒ 1) 施設利用申込書
- ⇒ 2) 主治医意見書（御担当かかりつけ医へ記入作成をご依頼下さい。）
- ⇒ 3) 個人状況書(御担当ケアマネージャーの方にご記入作成をご依頼下さい。)
- ⇒ 4) 基本情報(フェイスシート)
- ⇒ 5) 介護保険被保険者証(控え)

2. ご本人様・ご家族様面接

支援相談員がお電話で事前にご連絡致します。
ご自宅又は施設来苑頂いて、施設説明と相談面接を行ないます。

3. 利用判定会議

判定会議は毎週定例で行なわれます。
施設長・医師・薬剤師・看護師・介護職員・支援相談員・理学療法士・管理栄養士・介護支援専門員・事務職員等のあらゆる職種のスタッフで、利用をお引き受けできるかどうかを、ご提出頂いている書類・相談面接時の内容等から、介護面やご家族様の状況、医学的角度やリハビリ適用など、様々な角度から総合的に十分に検討いたします。

4. 判定会議の結果についてお知らせ

ご家族様とご担当ケアマネージャー様へご連絡いたします。

5. ご利用前に契約手続きを含む利用案内

支援相談員より、利用前に契約、又利用時の説明案内の手続きを行ないます。
ご自宅にお伺いするか、又は施設へ来苑いただくかをご家族様に選択いただきます。

6. 初回、ショートステイ利用開始当日

初回のみ、ご家族様のご同行を御願いたします。
以後は、応相談となります。

尚、ご不明な点はお気軽に支援相談員までご連絡下さい。

医療法人財団 竹栄会
介護老人保健施設 けんちの苑すみだ川
TEL 03.-3807-0071

ショートステイ担当 梶山

意見書

けんちの苑・すみだ川 通所リハビリテーション デイケア
利用者用
入浴

利用者	フリガナ		男	生年月日
	氏名		女	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 荒川区 丁目 番 号		
現在加療中の病名・症状名			既往歴	
服用薬				
診察時の所見	○血圧			
	○皮膚に異常がみられる場合はその所見			
	○その他の異変			
入浴サービスの提供		適 ・ 不適		
褥瘡	ない・ある	程度 () 部位 ()		
精神状況の異常	ない・ある			
リハビリ開始又は実施中の留意事項		リハビリ中止基準		リハビリにおける負荷
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒・転落に注意する <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 38℃以上の熱発 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> SpO2 ()%以内 <input type="checkbox"/> その他 ()
介護において必要な注意点【感染症予防・在宅医療・慢性疾患(心臓疾患等)など】				

令和 年 月 日
医療機関名
所在地
医師
電話

印

介護老人保健施設 けんちの苑すみだ川 利用申込書

申込日	令和 年 月 日	担当相談員	
-----	----------	-------	--

【 利用申込者（連絡先） 】

(フリガナ) 氏名		続柄	
住所	〒 - Tel () 携帯 - -		

利用サービス	<input type="checkbox"/> 施設入所利用 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ)
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 家庭へ帰る準備の為 <input type="checkbox"/> 介護者が一時的に不在になる為 <input type="checkbox"/> 家庭での介護が困難な為 <input type="checkbox"/> その他()
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 個室(室料あり) <input type="checkbox"/> 2人室(室料あり) <input type="checkbox"/> 4人室(多床室/室料なし) <input type="checkbox"/> 指定なし

利用希望者の 状況	(フリガナ) 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	現住所	〒 - Tel ()				
	医療保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保				
	要介護認定	被保険者番号				
		<input type="checkbox"/> 経過的要介護 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	介護保険負担限度額認定		<input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 第一段階 <input type="checkbox"/> 第二段階 <input type="checkbox"/> 第三段階】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない			
	現居場所	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 入院中【入院先: 】 <input type="checkbox"/> 施設入所中【施設名: 】				
	家族構成 (同居していな い方も含む)	氏名	続柄	年齢	同居の有無	連絡先(勤め先名・携帯電話等)
					有 無	
					有 無	
				有 無		
				有 無		
				有 無		
				有 無		
				有 無		

担当ケアマネージャー		氏名		事業所名		
今後(退所後)の予定について		<input type="checkbox"/> 在宅へ復帰する(在宅介護する) <input type="checkbox"/> 施設入所を希望する 特別養護老人ホーム等に申し込むと同時に他老健等を家族で探し、退所日は守る 【申込先施設名:① ② ③】				
生活についてのご要望		① ご本人様の希望		③ご本人の状況等が、どのようになれば家に帰ることが出来ますか？【在宅復帰阻害要因】		
		② ご家族様の希望				
病歴について	ご入院	病名	入院・通院先	入院・通院期間		
		1)				
		2)				
		3)				
		4)				
	ご通院	1)				
		2)				
		3)				
		4)				
		5)				
本人の収入		1. 年金【種別 月額 (万円) 2. 年金【種別 月額 (万円) 3. その他【 月額 (万円)		家族の状況 1. 給与所得者 2. 自営業 3. 年金 4. その他		
家屋状況		<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> その他				
生活歴について	① ご出身地		都道府県	市区町村		
	② ご兄弟		人兄弟姉妹 番目 (男性 人 女性 人)			
	③ ご結婚		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚【 <input type="checkbox"/> 離別(年 月) <input type="checkbox"/> 死別(年 月)			
	④ ご職業		<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> その他			
	⑤ 趣味特技		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特に無し			
	⑥ ご性格		例) 明るい、几帳面、親しみやすい、凝り性、自己中心的、短気、のんき、気にしやすい			
	⑦ その他		飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

個人状況書

令和 年 月 日

記録者

ふりがな		生年月日		T・S 年 月 日							
氏名		年齢・性別		歳 ・ 男 ・ 女							
生活援助レベル				特記事項							
		日常生活動作自立度		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
身 体 機 能	寝返り	自立 ・ 掴まれば可 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助									
	起き上がり	自立 ・ 掴まれば可 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助									
	立ち上がり	自立 ・ 掴まれば可 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助									
	立位保持	自立 ・ 見守り ・ 掴まれば可 ・ 掴まりかつ介助 ・ 全介助									
	移乗	自立 ・ 掴まれば可 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助									
	座位	自立 ・ 傾きあるも可 ・ リクライニング等で可 ・ 困難									
	歩行	自立 ・ 不安定歩行 ・ 杖歩行 ・ 介助歩行 ・ 困難									
	移動	独歩 ・ 介助歩行 ・ 車椅子自操 ・ 車椅子介助									
	麻痺有無	有 ・ 無 (部位) (程度)									
	関節拘縮	有 ・ 無 (部位) (程度)									
	身長・体重	約 cm 約 kg									
	視力	普通 ・ 近くは見える ・ ほとんど見えない ・ 不明									
	聴力	普通 ・ 大きい声で可 ・ ほとんど聞こえない ・ 不明 ※ 眼・耳の疾患等あれば特記事項に記入して下さい。									
	転倒歴	有 ・ 無 ※有の場合、頻度も記入して下さい。									
言語	普通 ・ やや不明瞭 ・ 不明瞭 ・ 発語できない ※ コミュニケーション 可能 ・ 不可能										
排 泄	日 中	尿意【有・時々・無】 便意【有・時々・無】									
	夜 間	尿意【有・時々・無】 便意【有・時々・無】									
	日 中	尿失禁【有・時々・無】 便失禁【有・時々・無】									
	夜 間	尿失禁【有・時々・無】 便失禁【有・時々・無】									
	排尿動作	自立 ・ 誘導 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助									
	排便動作	自立 ・ 誘導 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助									
	日 中	下着 ・ リハビリパンツ ・ 尿採りパット ・ オムツ 尿瓶 ・ PTイレ ・ バルーンカテーテル									
	夜 間	下着 ・ リハビリパンツ ・ 尿採りパット ・ オムツ 尿瓶 ・ PTイレ ・ バルーンカテーテル									

生活援助レベル		特記事項
食 事	食事形態	主食: 常食・軟飯・粥食・ミキサー食 副食: 常食・軟菜・刻み食・極刻み食・ミキサー食
	水分形態	水分・ゼリー・トロミ水分
	食事動作	自立・声かけ・一部介助・全介助 ※ 声かけ・部分・全介助の場合、理由も特記事項に記入下さい。
	摂取用具	箸・スプーン・フォーク・自助具・手つかみ ※ 理由も特記事項に記入下さい。
	食事制限	塩分制限 g・Cal制限 Kcal
	食事量	多い・普通・少ない
	水分量	多い・普通・少ない【 ml/1日 】 ※ 介助・補助具等で工夫できる事等、特記事項に記入下さい。
	義歯	有・無 有の場合(総義歯・部分) ※ 一部の場合、部位を特記事項に記入下さい。
	禁食	無・有【 】 ※ 有の場合は具体的理由を特記事項に記入下さい。
	むせこみ 嚥下困難	有・時々有・無 無・有【 】
入 浴	入浴形態	一般浴・リフト浴・特別浴・清拭のみ
	洗身	自立・声かけ・一部介助・全介助
	洗髪	自立・声かけ・一部介助・全介助
	洗顔	自立・声かけ・一部介助・全介助
	整容	自立・声かけ・一部介助・全介助
	上衣着脱	自立・準備・見守り・一部介助・全介助
	ズボン着脱	自立・準備・見守り・一部介助・全介助 ※ 見守り、介助の場合、その理由を特記事項に記入して下さい。
認知症自立度 無・I・II・III・IV・M		
認 知 症 ／ 精 神 状 況	精神状況	感情安定・感情不安あり・不定愁訴・感情失禁 易興奮・易暴力・常時興奮・抑うつ・不安焦燥感
	問題行動	記憶障害・徘徊・不潔行為・異食行為・幻視 幻聴・独語・帰宅願望・昼夜逆転(夜間不眠) 被害妄想・収集行為・作話・同話・大声 性的行動・ケアの拒否抵抗・脱衣行為・暴言 暴行・過干渉(他利用者への介助を行う)・失認 ※ 失認記入の場合:時間・場所・危険・人物・持参品 ※ 精神状況・問題行動に○した際は、詳細を記入して下さい。
	睡眠状況	良眠・浅眠・不眠
	眠剤服用	無・有【 内服薬名 】