

拝啓

この度は、当施設にお問い合わせを頂きまして、誠に有難うございます。

当施設<パンフレット>及び<利用申し込み書類一式>を同封申し上げます。

尚、当施設では、病院を併設致しておりません。そのため「医療装置を必要とされる方（IVH等）」「定期的な諸検査を伴う方」のご利用をお受けする事が出来かねます。

経管栄養・パルーンカテーテル装着・インシュリン・ストマ装着の方は、ご条件によっては、お受け入れする事が出来る場合もございます。

在宅酸素は、ショートステイのご利用のみ可能でございます。

また、施設の構造上、「認知症対応フロア」をご用意いたしておりません。

現在、「問題行動等を伴う認知症状が見られる方」のお受け入れは、審査上、お受け入れが困難と判断させて頂く場合がございます。

当施設の審査方法は<書類審査→ご家族様面談→検討会議>となります。

ご本人様のご状況によっては、ご希望に添えないこともございます。

あらかじめ、ご理解ご了承の上、お申し込みを頂きたく存じます。 敬具

<書類記載方法>

- 1) 「利用申込書」・(家族構成図)「アンケート」は、ご家族様にご記載をお願い致します。
- 2) 「老人診療情報提供書」は、ご担当医師
  - \* 検査項目は、全て必要です。
  - \* 主治医がお一人でない場合は、ご相談ください。
- 3) 「身体の状況および日常生活」(No.1~3)・「既往症」・「嗜好調査表」は、

病院ご入院中の場合	:	ご担当看護師様
施設ご入所中の場合	:	ケアマネージャー様・ご担当介護士様
在宅の方の場合	:	ケアマネージャー様

それぞれにご記入を頂き、全て揃いましたら、ご送付またはご持参をお願い致します。

ご不明な点がございましたら、副施設長 鈴木まで、お気軽にお尋ねください。

年 月 日

(医社) 恵比須会 介護老人保健施設 ふかさわ  
副施設長 (支援相談員) 鈴木 智子  
電話 03 (3701) 1164  
FAX 03 (3701) 1181

## 入所についてのご案内

### お問い合わせ

ご利用に関するお問い合わせ及びご相談、入所状況等については随時お電話にて承ります。

ご利用をご希望の方へは下記のご順序にてご案内させていただいております。

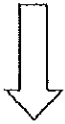
### 相談受付及び施設見学

ご利用希望のご相談は、お電話で承っております。

### ※施設において願います

ご見学をご希望の場合は、あらかじめご予約をお取り下さい。

当施設の入所サービスをご希望された場合には、お申し込みに必要な書類一式を、ご送付、または受付にてお渡し致しております。



### 書類ご記入

\*ご記入にご留意いただく事

各書類についてはご記入漏れがないようご注意ください。特に《老人診療情報提供書》は、かかりつけ医の先生にご記入いただきますようお願い致します。全ての書類へのご記入が終わりましたら、当施設へご返送、又はご持参下さい。（書類一式を揃って提出していただいた時点で、当施設お申し込み日とさせていただきます。）



### 書類審査

ご提出いただきました書類は、医師・看護師・介護支援専門員・介護職員・リハビリ専門職員・支援相談員・管理栄養士が各専門分野の視点で、審査をさせていただきます。（ご提出いただいてから1週間程度でご回答させていただきます）

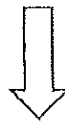


### 施設面談

### ※施設において願います

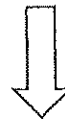
支援相談員がご利用希望者様の心身の状態やご家族様の状況等をご面談でお尋ねします。

尚、ご面談は基本的に当施設内にて行ないますので、日時の調整につきましては、支援相談員からご連絡させていただきます。ご状態によっては、現在ご入院中の病院・ご入所中の施設等に訪問してご様子を拜見させて頂くこともございます。



### 利用検討会議

支援相談員とのご面談内容等に基づき、当施設の専門スタッフにて行なわれます。当施設での安全な受け入れが可能であるか（病状の安定等）検討させて頂きその結果をご連絡致します。（毎週水曜日が検討会議でございます。面談日翌週の水曜日以降にご回答申し上げます）



### ご利用

ご希望のお部屋に空室ができ次第、ご利用開始日等のご案内をさせていただきます。

## 〈その他の注意事項〉

- \* ご提出いただいた書類の記入内容に変更の必要があったり、ご利用者様の体調が急変した際は速やかにご連絡下さい。その変更内容によっては、再検討会議が行なわれる場合もございますのでご了承下さい。
- \* 認知症専門フロアが無い為、認知症の症状が進行している方及び重度症状の方はご利用いただけない場合もございますのでご了承下さい。
- \* 入所期間中の他医療機関受診、お薬の処方に関しては、当施設が担当致しますので現在定期受診されている方は必ず面談時にお申し出下さい。

## 〈書類一式について〉

- 利 用 申 込 書：ご利用者及びご家族の状況についてお書き下さい。尚、保険の種類、内容についてはお間違えのないようにご注意の上ご記入下さい。
- ア ン ケ ー ト：ご利用者の現在の状況について、できるだけ正確にお書き下さい。
- 老人診療情報提供書：現在のかかりつけの主治医にご記入していただいて下さい。  
(3ヶ月以内のものとしてさせて頂きます。)

ご不明な点がございましたらお問い合わせ下さい。

介護老人保健施設 ふかさわ

電話 03-3701-1164

# 利用申込書

介護老人保健施設 (ほかさわ) 施設長殿

記入日: 年 月 日

利用者本人	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日( 歳)	
	フリガナ		電話	( )	
	現住所	〒 -	要支援	支援1・支援2	
	フリガナ		要介護	1・2・3・4・5	
住民票の住所	〒 -	介護保険負担割合	1・2・3割		
			介護保険負担限度額認定証 あり ・ なし		

\*介護保険負担限度額認定証・・・世帯年収が一定以下の方を対象にした負担軽減措置の認定証(裏面参照)

申請者	フリガナ		続柄	性別	生年月日
	氏名			男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)
	フリガナ		電話番号		
	現住所	〒 -	自宅	( )	
			携帯	( )	

保証人	フリガナ		続柄	性別	生年月日
	氏名			男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)
	フリガナ		電話番号		
	現住所	〒 -	自宅	( )	
			携帯	( )	

※申請者と保証人の方は、同一の方でも構いません。

利用希望	入所	期間:	年 月 日 ~ 年 月 日		
		部屋:	個室 ・ 多床室		
	短期 (約1ヶ月)	期間:	年 月 日 ~ 年 月 日		
		部屋:	個室 ・ 多床室		

申込理由	現 況				
	<input type="checkbox"/> 在宅				
	<input type="checkbox"/> 病院(名称 )				
	<input type="checkbox"/> 施設(名称 )				

家族構成	氏名	続柄	年齢	同居	介護	住所・電話番号

利用料の支払	本人(所得・年金・生活保護) ・ 申請者 ・ 保証人 ・ その他( )				
請求書送付先	氏名				続柄
	住所 〒				電話 ( )

ケアマネージャー	事業所名:				氏名
	住所:				電話 ( )

**\* 介護保険負担限度額認定書について**


ご利用者様の負担段階が、世帯年収(所得状況)により第1～4段階に設定されています。

第1～3段階の方には、下記のような認定証(介護保険被保険者証とは別の証書)が発行されており、3段階の軽減措置がございませう。

対象となるのは、主に住民税の非課税世帯の方等ですが、その条件のなかには、私共の施設では把握しえない情報も多く含まれていませうので、軽減措置の詳細や、認定申請については、各市区町村の担当窓口にご相談下さい。

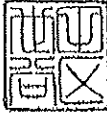
例) 世田谷区発行の介護保険負担限度額認定証

第2段階の方

介護保険負担限度額認定証			
交付年月日 平成 年 月 日			
被 保 険 者	番 号	0 0 0 0	
	住 所	世田谷区	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	性 別
	満期年月日	平成 年 月 日	から
	有効期限	平成 年 月 日	まで
食費の負担限度額		390 円	
居 住 費 又 は 滞 在 費 の 負 担 限 度 額	ユニット型個室	820 円	
	ユニット型準個室	490 円	
	従来型個室(特養等)	420 円	
	従来型個室(老健・療養等)	490 円	
	多床室	320 円	
保険者番号 並びに保険者 名称及び印	1 3 1 1 2 8		

世田谷区社会福祉課 電話番号 03(5432)1111(代)

第3段階の方

介護保険負担限度額認定証			
交付年月日 平成 年 月 日			
被 保 険 者	番 号	0 0 0 0	
	住 所	世田谷区	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	性 別
	満期年月日	平成 年 月 日	から
	有効期限	平成 年 月 日	まで
食費の負担限度額		650 円	
居 住 費 又 は 滞 在 費 の 負 担 限 度 額	ユニット型個室	1,640 円	
	ユニット型準個室	1,310 円	
	従来型個室(特養等)	820 円	
	従来型個室(老健・療養等)	1,310 円	
	多床室	320 円	
保険者番号 並びに保険者 名称及び印	1 3 1 1 2 8		

世田谷区社会福祉課 電話番号 03(5432)1111(代)

# 【記入例】

# アンケート

ご本人様の精神状態、およびご家族様の抱えていらっしゃるお悩みの内容をより理解し、ご利用いただく際参考とさせていただきますので、以下のアンケートにご協力お願いいたします。

ご利用者様氏名 深沢 花子

ご記入者様氏名 深沢 太郎

### ご本人様の生活歴

東京都世田谷区 生まれ。 5 人兄弟の 3 番目。(うち 2 名健在)  
 世田谷高校 卒業後、花屋にて販売の仕事に従事する。  
 20歳の時、米屋を営む深沢正夫と結婚、一男一女をもうける。子育てをしながら店の経理を手伝う。平成10年12月に夫が脳梗塞のため他界。  
 店をたたみ一人暮らしを続けていたが、平成14年3月、自宅にて転倒し右大腿骨を骨折。深沢病院に3ヶ月入院、退院後長男と同居。現在に至る。

ご本人様の趣味 ( 園芸、読書、カラオケ )

ご本人様の性格 ( 温厚、明るい性格 )

### ご家族様構成図

### ご家族様構成(ご同居されている方・されていない方)

続柄	氏名	年齢	住所	電話/ケータイ番号	同居
長男	深沢 太郎	60	世田谷区深沢〇-〇-〇	××××-××××	○
長男嫁	深沢 良子	57	同上		○
長女	世田谷 正子	58	世田谷区世田谷〇-〇-〇	××××-××××	×
長女夫	世田谷 和男	59	同上		×

ご家族の中で、主たる介護者はどなたですか。 ( 深沢 良子 )

主たる介護者のサポートをしている方はどなたですか。( 深沢 太郎 )

ご本人様は、当施設のご利用に関して理解されていますか。(はい・いいえ)



御担当医侍史

介護老人保健施設 ふかさわ

施設長 田中 勝紘

## 老人診療情報提供書記入についてのお願い

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

介護老人保健施設ご利用対象者は、病状が安定期にあり入院治療をする必要はないが、リハビリテーション、看護、介護を必要とする高齢者（40～64歳を含む）のうち、介護保険による要介護認定において「要支援・要介護状態」と認定された方になります。

利用者の健康管理及び医療的対応において老人診療情報提供書が最も重要となります。特に血液・感染症・皮膚疾患は多くの高齢者が集団生活をされている為、情報を必要としております。また、当施設はレントゲンやMRIの設備も持っていませんので、画像診断の所見の記載もお願い致します。

尚、血液検査等の結果については最新の検査結果（概ね3ヶ月以内）の記載をお願い致します。

以上ご理解のうえ御協力お願い申し上げます。



# 老人診療情報提供書

介護老人保健施設 ふかさわ  
施設長 殿

医療機関名..... 診療科.....  
所在地.....  
医師氏名..... 印 TEL (.....)

記入日: 年 月 日

氏名	.....		男・女	生年月日	明治 大正 年 月 日 ( 歳 ) 昭和
住所	..... 電話番号 (.....)				
診療	1 ..... 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃) 2 ..... 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃) 3 ..... 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)				
症状及び経過	最終診療日 月 日				
意見	本人の健康状態から介護老人保健施設の利用は ①可能 ②適当でない ③判断できない (入所の希望の場合) 入所中、定期的に通院する必要がある ①ない ②ある (理由・頻度等)				
処方内容	※現在処方されているすべてのお薬のご記入をお願い致します				
	目薬	無・有 (.....)		軟膏	無・有 (.....)
身長・体重	..... cm      kg		治療食	不要・要 (.....)	
アレルギー	無・有 (.....)		感染性疾患	無・有 (.....)	
褥瘡	無・有 (部位:.....)		処置:.....		
麻痺	無・有 (部位:.....)		状態:.....		
装着機器	ネブライザー・吸引器・留置カテーテル・経管栄養・その他 (.....)				
検査 (検査日 月 日)	血液	白血球数 (.....)	総蛋白質 (.....)	梅毒 (.....)	疥癬 (.....)
		赤血球数 (.....)	アルブミン (.....)	HBs 抗原 (.....)	MRSA (.....)
		ヘモグロビン (.....)	総コレステロール (.....)	HCV 抗体 (.....)	結核 (.....)
	尿	ヘマトクリット (.....)	中性脂肪 (.....)	血圧:.....	
血小板数 (.....)		尿酸 (.....)	心電図所見: コピーを添付願います		
血糖	G R P (.....)	B U N (.....)	胸部X線所見:		
	ヘモグロビンA1C (.....)	クレアチニン (.....)			
	蛋白質 (.....)	G O T (.....)			
	糖 (.....)	G P T (.....)			
	潜血 (.....)	γ G T P (.....)			
	血糖 (.....)	Na (.....) Cl (.....) K (.....)		検査日 月 日	

裏面もご記入お願い致します

● 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） 該当するランクに○を附して下さい。

	正常
ランクJ：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	
	J1：交通機関等を利用して外出する
	J2：隣近所へなら外出する
ランクA：屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしでは外出しない	
	A1：介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
	A2：外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランクB：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保てる	
	B1：車椅子に移動し、食事、排泄はベッドから離れて行なう
	B2：介助により車椅子に移乗する
ランクC：一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えに介助を要する	
	C1：自力で寝返りをうつ
	C2：自力で寝返りもうたない

● 認知症老人の日常生活自立度 該当するランクに○を附して下さい

	正常
I：何らかの痴呆を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
	IIa：家庭外で上記IIの状態がみられる
	IIb：家庭内で上記IIの状態がみられる
III：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介助を必要とする	
	IIIa：日中を中心として上記IIIの状態がみられる
	IIIb：夜間を中心として上記IIIの状態がみられる
IV：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、介助を必要とする	
M：著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする	

その他（特記事項）

ご協力ありがとうございました。

ケアマネージャー様

誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の  
「身体の状態および日常生活」(No.1～3)に  
ご利用希望者様のご状況をご記載頂きたく、  
宜しくお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ふかさわ

電話 03(3701)1164

身体状況および日常生活

ご記入者

様 (続柄・職種)

ご利用者名	様 男・女		生年月日: M T S 年 月 日( 歳)
保険区分	後高 (1割 3割)	障害手帳 有・無	級 病名( )
介護保険	要介護 ( 1 2 3 4 5 )	介護保険負担限度額認定証	無・有 → ( 2段階 3段階 )

<身体状況>

身長	cm	体重	kg
麻痺	有・無 (部位)	拘縮	有・無 (部位)
視力	・普通 ・弱視 ・全盲	(眼鏡使用 有・無)	
言語	・普通 ・はっきりしない ・やっ通じる ・話せない ( )		
聴力	・普通 ・やや難聴 ・難聴	(補聴器使用 有・無)	
睡眠	・良好 ・ときどき醒れない ・不眠 → 【薬剤使用】 無・有 (処方内容)		

<ADL状況>

食 事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	食卓状態	・良好 ・不良 ( )
	主食 ( 米飯 軟飯 全粥 ) 副食 ( 常菜 キザミ トロミ ) 療養食 ( 食 )		
	・カロリー制限 ( kcal )	・減塩 ( g )	用 具 ばし ・スプーン ( )
	・養密 ( 有 【上・下】 無 )	・むせ込み ( 有 時々有り 無 )	・水分トロミ ( 有 無 )
移 動	・自立歩行 ・杖歩行 ・歩行器 ・つかまり歩行 ・車椅子 ( 自操 ・ 介助 )		
起 上	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・不可	立 位	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・不可
入 浴	・一般浴 ・機械浴 ( ・自立 ・一部介助 ・全介助 )		
更 衣	・自立 ・一部介助 ・全介助		
排 泄	・自立 ・一部介助 ・全介助	尿意 ( 有・無 )	便意 ( 有・無 ) 失禁 ( 有・無 )
排泄方法	・トイレ ・ポータブルトイレ ・オムツ ( 一日中 ・ 夜間のみ )		
	オムツの種類 ( 前開き ・ リハビリパンツ ・ 尿とりパット ・ しびん )		

<認知・精神状況>

認知症の有無	無・有 → 具体的な症状 ( )		
意思疎通	・できる ・ときどきできる ・ほとんどできない ・できない	ナーズコール	・できる ・ときどきできる ・できない
理解力	・あり ・すこしあり ・なし ( )		
行 動	・物忘れ ・徘徊 ・幻覚 ・幻聴 ・感情失禁 ・妄想 ・不潔行為 ・昼夜逆転 ・うつ状態 ・独語		
	・暴言 ・暴力 ・大声 ・立ち上がり 危険行為(具体例:		
拘 束	・無 ・有 ( ・離床センサー ・車イスセンサー ・拘束帯( ベット・車椅子 ) ・4点柵 ・ミトン ・つなぎ )		

<その他特記事項>

【 在宅用 】

\* ご利用者ご希望者の状況につきまして、以下の設問にご回答頂きたく、  
ご協力のほど何卒宜しくお願い申し上げます。

氏名： 様 男 ・ 女  
生年月日： M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳

ご記入者ご芳名： 様  
事業所・関係機関名：  
記載年月日： 年 月 日

1. 認知症・精神神経症の症状について： 有 ・ 無  
有りの場合はどのような症状ですか？  
抗うつ薬・抗精神薬などを服用されておられますか？： 有 ・ 無

2. 下記に挙げる項目に該当するものが有ればご指摘下さい。  
該当する項目に関して、具体的な例を挙げてください。  
危険行為 不潔行為 性的行為 暴力 暴言 異食・盗食・拒食  
幻覚・幻聴 不穏 不定愁訴 感情失禁 奇声・大声・独語 妄想  
収集 他利用者とのトラブル(具体的に)

3. 外出中やご自宅、施設（デイサービス・ショートステイ）ご利用等において、3ヶ月  
以内に転倒・転落はありましたか？  
： 有 ・ 無

有りの場合は何回ほどでしょうか？ 回（程度）

また、どのような状況で転倒・転落されましたか？

4. 夜間は良眠されていますか？ : 良眠 ・ 不眠  
: 入眠 時、起床 時

睡眠導入剤を内服しておられますか？ : 有 ・ 無

トイレ覚醒を含めた覚醒（目を覚ますこと）は何回ほどでしょうか？  
約 回 （その内、トイレ覚醒は 回）

5. 食事の摂取量は良好ですか？ : 良好 ・ 不良（ムラがある）  
食事時間ほどの位、掛かりますか？ 30分以内 30分程度 1時間程度

6. 現在、「痛み」「かゆみ」を訴えているところはございますか？ 有 ・ 無  
有りの場合、患部の場所はどこでしょうか？

どのような対策をとられていますか？（ 湿布 ・ 内服（坐薬） ・ 軟膏塗布 ）

7. その他 特記すべき事がありましたら、教えてください。

大変お忙しいところ、ご回答頂きまして、誠に有り難うございました。

介護老人保健施設 ふかさわ

< 既往症 >

病歴・既往歴等	既往歴	※ 今回ご入院時の診療情報提供書記載以外の既往歴についてご記入下さい					
		病名	病院・医院名	手術	入院	通院	期間・状態
	現在かかっている病院・診療所・クリニック等についてご記入ください。						
	病名	病・医院名	診療科目	医師氏名	住所・電話番号		

医療処置	有 ・ 無	内容 :	与薬時刻等 :
既往症に関する注意点			

その他、特記事項

(ご記載年月日)           年    月    日

(ご記入者ご芳名) \_\_\_\_\_ 様 (続柄 \_\_\_\_\_)

ご協力誠にありがとうございました。

介護老人保健施設 ふかさわ

## 嗜好調査表( 入所 ・ 短期入所 )

\*おいしい食事を提供させていただくために、次のアンケートにご協力をお願いいたします。

お名前

(男・女)

調査日: 年 月 日

### 療養食について

不要 ・ 要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 糖尿病食 ・ 心臓病食 ・ 腎臓病食 ・ 肝臓病食 ・ 脂質異常症食</li> <li>・ 貧血食 ・ 膵臓病食 ・ 胃潰瘍食 ・ その他( )</li> <li>・ エネルギー制限( )kcal ・ 塩分制限(6g・ g)</li> <li>・ その他の制限( )</li> </ul>
--------	---

### 主食について

米飯 ・ 軟飯 ・ お粥(全粥 ・ 粥7おも湯3 ・ 粥5おも湯5 ・ 粥3おも湯7) ・ ミキサー粥

### 副食について

常菜 ・ 一口大 ・ きざみ ・ 極きざみ ・ ミキサー ・ 肉類(形・一口・きざみ・極きざみ)

### とろみについて

なし ・ あり ( 汁 ・ 副食 )

### アレルギーについて

なし ・ あり ・ 牛乳 ・ 乳製品 ・ 卵 ・ えび ・ さば ・ 青魚  
 ・ その他( )

### アレルギー以外嫌いなもの等

パン ・ 麺 ・ その他( )

### 食事に関するその他のご要望

( フォーク使用 ・ 大スプーン使用 )

### 常菜から一口大の副食をお召上りの利用者様へ

朝食はパンを希望 ( する ・ しない ) ※ご利用者様の体調等によりご希望にそえない場合がございます

ご協力ありがとうございました  
 介護老人保健施設 ふかさわ