

<短期入所・介護予防短期入所>

1)

利用相談・施設見学
* 随時受け付け
(事前にご連絡いただけますと、ゆっくり説明、ご案内させていただきます。)

①入所希望の概要の聞き取り

- ・利用者、家族の要望、入所希望、理由の聞き取り
- ・病状、身体機能等の状態の聞き取り

↓

病状によっては、入所いただけない場合があります。

- ・現在の要介護度の確認

a. 短期入所利用の対象者は、要介護1～5の方

b. 介護予防短期入所の対象者は、要支援1～2の方

②本資料の説明

- ・介護保険 3つの施設サービス
- ・甲府南ライフケアセンターの特徴
- ・「入所」までの流れ
- ・施設利用料の説明
- ・「介護保険負担限度額申請」について

③入所申込み関係書類について

- ・入所申込書
- ・診療情報提供書(直近3ヶ月以内のもの)
- ・胸部レントゲンフィルム (直近3ヶ月以内のもの)
* コピー、CDR、USBメモリにてお取り扱い可能

④施設見学

2)

入所(利用)判定会
↓
「利用者」としての登録

①原則として毎週水曜日に開催します。

②入所申込み関係書類(入所申込書、診療情報提供書、胸部レントゲンフィルム)が事前に提出された方の利用の可否について検討します。

③事前の情報や医療面での情報を下に、介護老人保健施設での援助が可能か否かの判断を行います。

* ご家族には、提案する判定会の予定日、判定会結果について、支援相談員よりご連絡いたします。

↓

※ この判定会において利用予定者として決定された時点で「利用(予定)者」として登録が行われます。

3)

利用前ガイダンス

①利用日が確定した時点で、支援相談員より連絡を致します。利用に向けてのガイダンスを行います。

4)

短期入所・介護予防短期入 所利用開始

「介護保険負担限度額認定」の申請について

施設利用時の「居住費（滞在費）」及び「食費」の減額を希望される方は、施設利用時に「介護保険負担限度額認定証」を施設に提示する必要があります。まだ認定の手続きをとられていない方は、別添の「介護保険負担限度額認定申請書」に必要事項を記入の上、お住まいの市町村の介護保険担当窓口申請を行なうことをお勧めします。

No. _____

介護予防短期入所申込書

介護老人保健施設
甲府南ライフケアセンター

受付日	平成 年 月 日	担当ケアマネ名	
判定日	平成 年 月 日	事業所名	

ふりがな	性別	男 ・ 女
入所者氏名	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 (歳)
住所	電話() -	
申込依頼者	続柄	
住所	電話() -	
	携帯() -	

申込者の状況について○で印等を付けてください。

介護保険情報		要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)						
		認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
視力	普通	弱視	全盲	日常生活	自分で可	一部介助	全介助	
聴力	普通	やや難聴	難聴	食				
言葉	普通	少し不自由	不自由	入浴				
褥瘡(床ずれ)	無	有(場所)		排泄				
おむつ	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		衣服着脱				
リハパン	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		起座				
徘徊	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		移動				
認知症の程度	軽度	中度	高度		杖・車椅子・歩行器・押し車			
現在の居場所	自宅・病院・介護施設等()							

今までに入院をしたことがありますか？ ある ・ ない

傷病名と傷病歴をなるべく詳しくお書きください。(いつ、どのような病気で、どこの病院にかかりましたか)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

入所をご希望の理由は・・・	家族構成
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

診療情報提供書

(通所・短期入所・訪問リハビリ用)

(予防通所・予防短期入所・予防訪問リハビリ用)

提供先医療機関名：介護老人保健施設

甲府南ライフケアセンター

医師 土屋 幸治 様

平成 年 月 日

医療機関名：所在地

名称

医師氏名

印

患者氏名		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳
住 所					電話番号			
身 長	cm	体 重	kg					
傷 病 名								
既 往 歴								
病状経過及び 検査結果								
治療経過								
現在の処方								
食事に関する 注意事項								
リハビリに関する 注意事項								
入所・通所者に 関する注意事項								

上記の者について、現時点での介護老人保健施設における短期入所・通所サービス・訪問リハビリの利用にあたって問題が（ある ・ ない）と認めます。

※貴院の提供書をご使用頂いても構いません。但し、投薬についての情報をお願いいたします。