

<長期入所>

1)

入所相談・施設見学
* 随時受付
(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

長期入所利用の対象者は、要介護1～5の方のみです

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
- ・**健康診査証明書(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)

事前訪問調査
(判定会前)

①毎週水曜日開催の「判定会」に向け、

②支援相談員、看護・介護職員、施設介護支援専門員が

③入院先病院又は利用サービス事業所等に調査に

お伺いします。

- * ご家族の立会い等は、不要です。

3)

入所(利用)判定会
↓
「入所待機」の決定

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、健康診査証明書、胸部レントゲンフィルム)が事前に提出され、且つ事前訪問調査が行われた方について検討が行なわれます。

③事前調査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定を行います。

- * 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入所予定者として決定された時点で
「入所待機者」として登録が行われます。

※入所待機期間については、空床の状況によります。

4)

入所前ガイダンス

①入所の見通しが確定した時点で、支援相談員より連絡を致します。入所に向けてのガイダンスを行います。

5)

入 所

「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. _____

入所・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	年 月 日	担当ケアマネ名	
判定日	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 (日歳)
住所	〒	
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			年 月 日 ~ 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 事			
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 ()						

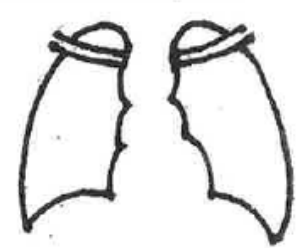
今までに入院をしたことがありますか? ある ・ ない

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)

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

健康診査証明書

氏名			男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳		
住所											
身長	cm		体重	kg		血圧	/				
身 体 の 状 況	視力障害：無	有 ()			検尿	蛋白 ()	糖 ()				
	知覚障害：無	有 ()				白血球					
	聴力障害：無	有 ()				赤血球					
	言語障害：無	有 ()				血色素					
	食欲：良	普	不良				CRP				
	排泄：便秘	日	/回：頻尿	無	有 ()	回/日		GOT			
	認知症：無	有					GPT				
	具体的に：							クレアチン			
	長谷川式スケール	点						総コレステロール			
	アレルギー：薬物 ()			食物 ()					アルブミン		
	麻痺：完全	不完全：左片麻痺			右片麻痺				血糖		
		四肢麻痺		下半身 (左・右・両)					HbA1c (DMの場合)		
	四肢拘縮：無	有	上肢 (左・右)			下肢 (左・右)			胸部のレントゲン		
	褥瘡：無	有 (仙骨	大転子	踵	その他 ()						
	人口肛門：無	有									
管の留置：無	有 (尿管皮膚瘻		膀胱瘻	尿道留置	その他 ()						
経管栄養：無	有										
伝染性疾患	H B	(+・-)	MRSA	<input type="checkbox"/> 鼻 腔			<input type="checkbox"/> 陰性				
	H C V	(+・-)		<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 陽性				
	皮膚病	<input type="checkbox"/> 無			梅毒反応			<input type="checkbox"/> 陰性			
		<input type="checkbox"/> 有 (病名)				<input type="checkbox"/> 陽性				
既往症											
病名											
心電図所見											
現在の病気の経過											
治療および処方											
上記の者について、現時点での老人保健施設における施設入所サービスの利用にあたって著しい問題がないと認めます あると認めます											
							年	月	日		
医療機関 所在地			名称								
			医師氏名			印					

※胸部レントゲン：レントゲンフィルムの貸し出しをお願いします。