

入所サービスご利用までのご案内

介護老人保健施設プラチナ・ヴィラ青葉台

電話 045-963-0055

FAX 045-963-0056

当施設のご利用について、お問い合わせを頂きありがとうございます。

ご利用については、お申込順でのご案内ではなく、ご利用者様の心身の状態や当施設の受入れ状況等を入所判定会で検討し、ご案内をしておりますのでご了承ください。

< お申し込み～ご入所までの手順 >

① 見学

事前予約の上、来所をお願いしております。

見学当日は、支援相談員が施設見学やご利用料金のご案内等をいたします。

ご利用者様の心身の状態やご希望等をお伺いし、お申込みに必要な書類をお渡しいたします。

② お申し込み

お申込みに必要な書類が整いましたら、支援相談員までご連絡をお願いいたします。
面談等の調整を行わせていただきます。

お申込みに必要な書類

○プラチナ・ヴィラ青葉台 利用申込書

必要事項のご記入をお願いいたします。

○日常生活動作（ADL）調査票

入院中（入所中）の方は、看護師または介護士へ、在宅にいらっしゃる場合は、担当のケアマネージャーにご依頼をお願いいたします。

○診療情報提供書（診断書）

主治医の先生に作成のご依頼をお願いいたします。

（一般棟のみの為、認知症生活自立度を参考にさせていただきます。必ずランク欄に○印をお付けください。）

③ 入所判定会議の実施（随時開催）

当施設で、お申込み書類と面談をふまえご利用についての判定会議を行います。

※当施設では幅広い病状・傷害の方を受け入れておりますが、医療面・介護面等の理由から当施設では十分な対応ができないと判断された場合には、ご利用できない場合がございます。

④ ご利用の手続き（契約）

ご家族様に来所していただき、契約・入所日時の決定・ご準備して頂くものをご説明させていただきます。

※ご不明な点・ご質問などがございましたら、支援相談員まで、お気軽にご連絡下さい。

介護老人保健施設 プラチナ・ヴィラ青葉台 利用申込書

<利用内容> 入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ

		申込日		年 月 日	
ふりがな			生年月日	明・大・昭	年 月 日
ご利用者氏名	男 女		(歳)		
ご住所	〒				
電話番号	()				
介護保険	保険者番号			被保険者番号	
	要介護度	要支援(1 ・ 2)		要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
		初回申請 ・ 区変中 ・ 更新中			
	認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割			
	負担限度額認定証	無 ・ 有(1段階 ・ 2段階 ・ 3段階)			
生活保護受給	無 ・ 有	身体障害者手帳	無 ・ 有	難病指定	無 ・ 有

連絡先①	ふりがな		続柄	連絡先
	氏名			()
	ご住所	〒		
連絡先②	ふりがな		続柄	連絡先
	氏名			()
	ご住所	〒		

現在の状況	(在宅 ・ 入院中 ・ 入所中) ※入院中・入所中の方は病院名又は施設名を記入してください。			
ご希望	入所	4人床 ・ 個室(南) ・ 個室(北) ・ トイレ無個室(北)		
	短期入所	年 月 日 ~ 年 月 日		
	デイケア	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		
ご利用の目的	リハビリ目的 ・ 介護困難 ・ 他施設待機() ・ その他()			
退所後の予定	在宅 ・ 特養 ・ 有料ホーム ・ グループホーム ・ その他()			

居宅介護支援事業所	事業者名		担当ケアマネージャー	
	連絡先	()		

かかりつけ医	医療機関名		主治医	
	連絡先	()		
既往歴			現在治療中の病気	

入所診療情報 提供のお願い

医療機関各位

健康診断作成にご協力いただき、ありがとうございます。
疾患や病状により精細な情報が必要になります。
つきましては、診断書作成にあたり追加検査をお願い致しておりますので
ご協力のほど宜しくお願い申し上げます

1 胸部X-P・血液検査・感染症の検査項目など

- ① 老人保健事業に基づく検診
- ② 医療保険に基づく診療

上記、で把握出来る場合は その情報の活用可
(直近3ヶ月以内)

- ③ 病態により追加検査項目をお願い致します
- ④ 利用者様に、より安全な医療・リハビリを提供致したいと
思いますので
お手数ですが、よろしくご配慮をお願い致します

2 日常生活自立度判定基準 別紙判定基準参照該当項目に○をお願い致します

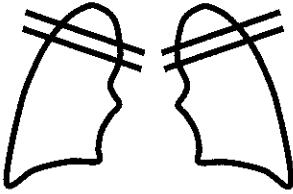
介護老人保健施設
プラチナ・ヴィラ青葉台

TEL 045-963-0055
FAX 045-963-0056

診療情報提供書

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和
住 所	TEL			

病 名		既往歴	
症 状 経 過		処 方 内 容	

(身長		cm)	(体重	kg)	(血圧	/	mmHg)	(脈拍	回/分)
検査所見		【検査日			年	月	日】	胸部レントゲン 【撮影日	
心電図		所見			所見				
感 染 症	H B s	抗原 () 抗体 ()							
	H C V	抗体 - +							
	M R S A	- + 部位 ()							
皮膚疾患 (褥瘡)		無 ・ 有 ()			W 氏		- +		
精神症状 及び 問題行動									
特記事項									

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

下記項目の検査データ(3ヶ月以内)を記入
あるいはコピー添付をして下さい。

検査日 年 月 日

栄養状態	TP 総蛋白	
	ALB アルブミン	
糖尿病	FBS	
	HbA1C	
高脂血症	T-CHO 総コレステロール	
	LDL-CHO	
	HDL-CHO	
	TG	
肝疾患	T-Bil	
	GOT	
	GPT	
	LDH	
腎疾患	BUN 尿素窒素	
	Cr クレアチニン	
	Na ナトリウム	
	K カリウム	
	Cl クロール	
感染症	CRP	
	TPHA	
	MRSA	
血液一般	WBC 白血球	
	RBC 赤血球	
	Hb ヘモグロビン	
	Ht	
	PLt 血小板	

下記疾患の方の情報も可能な限り お願い致します

心疾患	心電図コピー
脳血管疾患	CT コピー
整形骨折術後	X-P コピー

日常生活動作(ADL)調査票

年 月 日

ご利用者

様

ご記入者

(続柄・職種)

項 目	レ ベ ル			内 容	備 考							
食 事	自 立	一部介助	全介助	形 態 主 食 (ご飯・軟飯・粥・ミキサー・経管栄養) 副 食 (普通・軟菜・一口大・キザミ・ミキサー)	義歯(有・無)							
摂取時間	15分	30分	45分以上	むせ込み(有・無) 食事量() 割() 食 事 制 限 (kcal 塩 g) トロミ使用 アレルギー() (有・無) 禁 止 食 () 使 用 具 (箸・スプーン・その他『 』)								
移 動	自 立	一部介助	全介助	杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・その他								
移 乗	自 立	一部介助	全介助									
立位保持	自 立	一部介助	全介助									
座位保持	自 立	一部介助	全介助									
寝 返 り	自 立	一部介助	全介助									
起き上がり	自 立	一部介助	全介助									
排泄(日中)	自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	回数(回)							
排泄(夜間)	自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット) バルーンカテーテル ストマ 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿 意 (有・無) 便 意 (有・無)	回数(回)							
入 浴	自 立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・シャワー浴・清拭								
更 衣	上 衣 自 立	一部介助	全介助									
	下 衣 自 立	一部介助	全介助									
意思疎通	日常会話が出来る・少し会話が出来る・単語レベル・難しい											
視力	普通・やや見える・見えない 眼鏡(有・無) 点眼(有 回/日・無)											
聴力	普通・やや聞こえる・聞こえない 補聴器(有・無)											
認知症状	有・無 HDS-R 点(月 日 現在) MMSE 点(月 日 現在)											
行 動	徘徊	帰宅 願望	介護 拒否	大声・ 奇声	妄想・ 幻覚	暴力・ 暴言	不潔 行為	昼夜 逆転	性的 行為	異 食	盗 食	収集 行為
	具体的な様子と頻度											
[その他に何かございましたらご記入ください]												
①夜間睡眠状態 ()												
②麻痺 有・無 ()												
③皮膚疾患 有・無 ()												
④身体拘束 有・無 (①安全ベルト ②胴抑帯 ③四点柵 ④つなぎ ⑤ミトン ⑥その他)												
⑤センサー使用 有・無 (頻度)												
⑥リハビリ内容 ()												