

医療法人 徳寿会 介護老人保健施設 プラチナ・ヴィラ宮前
ご利用までのご案内

【施設概要】

住所	川崎市宮前区南野川3丁目23番1号
開設	2014年11月1日
対象者	入所：介護度1～5の認定を受けている方 短期：要支援1～2・要介護1～5の認定を受けている方
定員	入所：126床（短期入所、空床利用型） 個室：38床 4人床：22室（88床）

【お申込み～ご利用まで流れ】

お問い合わせ・相談

お電話で見学などのご予約をお願いいたします。

【お問い合わせ】

044-753-5530（平日9：00～17：00）

支援相談員までお問い合わせください。

書類提出

①診療情報提供書

かかりつけ医(入院中の方は病院へ)に依頼お願いします。

②日常生活動作(ADL表)

ケアマネージャーやソーシャルワーカーへ依頼お願いします。

面談

支援相談員がお話をお伺いさせていただきます。

見学の際にご家族様の意向などお伺いします。

入所判定会議

お申込み書類と面談をふまえてご利用について判定会議を行います。

*判定会議では医療面・介護面等の理由から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もございます。

サービス利用開始

入所・短期入所がご利用になります。

お部屋・日程のご相談させていただきます。

※ご不明な点・ご質問などございましたら、支援相談員までご連絡ください。

プラチナヴィラ宮前 利用申込書

《利用内容》 入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ ・ 訪問リハビリ

申込日 年 月 日

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

申込者 (第①連絡先)	ふりがな		続柄	連絡先
	氏名			()
	ご住所	〒		
(第②連絡先)	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ください。			
ご希望	入所	4人床 ・ 個室		
	短期入所	年 月 日 ～ 年 月 日	泊 日	
	通所リハビリ	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	週 () 回	
	訪問リハビリ	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	週 () 回	
ご利用目的	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 ・ 有料老人ホーム ・ グループホーム ・ その他 ()			

居宅介護支援 事業所	事業所名		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	()		

※ご入所後 確認事項

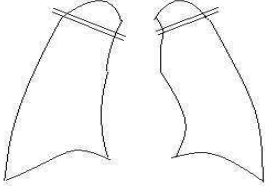
請求書送付先	ご本人宅 ・ 第①連絡先(KP) ・ その他			
その他送り先	氏名		続柄	連絡先 ()
	住所	〒		

診療情報提供書

(介護老人保健施設 プラチナ・ヴィラ宮前様式)

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日	明治・大正・昭和
			年 月 日	(歳)
住 所	TEL			

病 名		既往 歴	
症 状 経 過		処 方 内 容	

自立度	認知度	正常・Ⅰ・Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	薬物アレルギー	無・有()
	寝たきり度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	食物アレルギー	無・有()
(身長 cm)(体重 kg)(血圧 / mmHg)(脈拍 回/分)				
尿	蛋 白	－ ± ＋	胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】	
	糖	－ ± ＋		
	潜 血	－ ± ＋		
感 染 症	HBs	抗原() 抗体()		
	HCV	抗体 ー ＋		
	疥 癬	－ ± 部位()		
皮膚疾患(含じょくそう)		無・有()	視力障害	無・有()
麻 痺		無・有()	聴力障害	無・有()
拘 縮		無・有()	言語障害	無・有()
心電図		所見		
特記事項				

上記のとおり、診断いたします。

(西暦) 年 月 日

医療機関名
所在地
医師氏名

印

血液検査について

採血年月日 年 月 日

名前 様

検査項目		測定値		基準値
栄養状態	総蛋白	TP	() g/dl	6.7～8.3
	アルブミン	ALB	() g/dl	4.0以上
肝機能	GOT	ASL	() IU/l	10～40
	GPT	ALT	() IU/2	5～45
	LDH	LDT	() IU/l	115～245
	γ-GTP	γ-GTP	() IU/l	M75以下 F45以下
	総ビリルビン	T-Bil	() mg/dl	0.2～1.1
脂質	LDL (コレステロール)	LDL	() mg/dl	84～190
	HDL (コレステロール)	HDL	() mg/dl	40～119
	中性脂肪	TG	() mg/dl	30～149
腎機能	尿素窒素	BUN	() mg/dl	8～22
	クレアチニン	C r e	() mg/dl	M0.7～1.3 F0.5～1.0
	尿酸	UA	() mg/dl	M2.6～7.5 F2.0～5.7
	Na (ナトリウム)	Na	() mEq/l	134～147
	K (カリウム)	K	() mEq/l	3.6～5.0
血液一般	白血球数	WBC	() 千/μl	M3.9～9.8 F3.5～9.1
	赤血球数	RBC	() 百万/μl	M4.27～5.70 F3.76～5.00
	血色素量	Hgb	() g/dl	M13.5～17.6 F11.3～15.2
	ヘマトクリット値	Hct	() %	M39.8～51.8 F33.4～44.9
	MCV	MCV	() fl	M83～102 F79～100
	血小板数	Plt	() 万/μl	13.0～36.9
炎症反応	CRP定量	CRP	() mg/dl	0.30以下
感染症	MRSA	MRSA	()	
糖尿病	※糖尿病がある方は必須項目となります。			
	血糖 (空腹時)	Glu ※	() mg/dl	60～109
		食後	() 時間	
	グリコヘモグロビンA1c	HbA1c ※	() %	4.3～5.8

心不全の診断がある場合、以下の検査結果を記入してください。

	BNP	BNP	() p g/ml	40以下
--	-----	-----	------------	------

服薬について「ワーファリン」を使用されている場合、以下の検査結果を記入してください。

	プロトンビンINR値	PT INR	()	0.9～1.1
--	------------	--------	-----	---------

※入所のご案内をするにあたり、必要な検査項目となりますので、漏れがないよう記載をお願いします。

なお、3ヶ月以内のデータは有効となります。

介護老人保健施設 プラチナ・ヴィラ宮前

入所時持ち物確認票

***施設にお持込される物にはすべてお名前お書きください。**

○入所の際お持ちいただくもの

プラチナヴィラ宮前

衣類・身の回り品

日常着(上・下)	7枚	洗濯を業者へ委託する際は左記の枚数を用意してください (業者洗濯は週2回の回収となります) ご家族洗濯の方は頻度に応じて準備をお願いいたします。 季節に合わせて、衣類の入れ替えをお願いします。
肌着(上・下)	7枚	
靴下	7枚	
パジャマ	3枚	
靴	1足	つま先・かかとのある物。リハビリシューズ等はお相談ください
義歯		
* 歯ブラシ	2本	毎月新しいものと交換します。
* 口腔用コップ	1個	プラスチックの物
* くし・ブラシ	1個	
* 義歯ケース	1個	義歯使用者のみ
* ポリデント	1箱	
* ボックスティッシュ	1箱	
* 保湿クリーム	1個	白色ワセリンがおすすめです。

☆日用品は次回より使用した分の請求させていただきます。

☆業者洗濯は週2回の回収(715円/1回)

必要によりお持ち頂くもの

クッション	車椅子使用の方
電動カミソリ	男性の方(T字カミソリは持ち込み不可)
自助具	普段ご使用されている方
杖・シルバーカー	購入されている方。レンタル品は返却。
車椅子	購入されている方。レンタル品は返却。
メガネ	使用されている方
補聴器	使用されている方
置時計	各居室に時計はありません。ご希望に応じてお持ちください。
化粧品	使用されている方
ひざ掛け・羽織れる物	

【ご契約をされる場合(入所当日)】

介護保険証	原本をご確認させて頂き、当施設にてコピーを控えさせていただきます。
介護保険負担割合証	原本はご家族保管となります。
健康保険被保険者証	後期高齢者医療被保険者証・国民健康保険被保険者証 など
介護保険負担限度額認定書	入所前に適応な方は申請手続きしてください。
各種 手帳	身体障害者手帳、被爆者手帳 など
その他受給者証	特定疾患医療受給者、障害者医療受給者証 など
お薬手帳	
印鑑(シャチハタ以外)	ご本人様・契約者様
通帳(口座の分かるもの)	利用料は引き落としとなります。銀行印もお持ちください。

☆入所当日はご契約含め3時間程お時間がかかりますのでご了承ください。

【病院・施設で用意して頂くもの】

お薬	なるべく多くご持参ください。
看護サマリー	退院時に受け取ります。
診療情報提供書	退院時に受け取ります。

☆病院・施設から入所される方は支援相談員より上記書類など依頼します。

持ち込み禁止とさせて頂く品物

現金・通帳・印鑑	当施設でお預かり出来る保管場所がありません。
貴重品	指輪・腕時計・ネックレスなど紛失すると困る物
食料品・調味料	栄養管理させて頂きます。ふりかけ等ご希望があればご相談ください。
裁縫道具・刃物・ハサミ	事故や怪我の原因となりますので御遠慮下さい。
火気類	ライター・マッチ等
携帯・タブレット等	持参可能ですが使用時は所定の場所となります。

☆テレビご希望の方は19インチ以内の持込となります。(電気代 50円/日)レンタル品はありませんのでご了承ください。(個室の方は備え付けであります)

ご不明な点がありましたら、支援相談員までご連絡ください。