

入所までの流れ

1. 相談・受付

当施設において適切なサービス提供が可能か電話で聞き取りをさせていただきます。
要介護1～5の認定を受けており、通院や治療の必要がない方が対象となります。
当施設への入所対象である場合は以下の準備をお願いしております。

- ① 利用申込書
- ② 診療情報提供書または健康診断書（書式は問いません）
- ③ 日常生活動作（ADL）調査票
- ④ 精神・認知症状確認票
- ⑤ 介護保険証・介護保険割合証



2. ご家族面談（説明・見学）

施設の概要説明、料金説明
館内案内（感染対策時は写真での説明となります）
入所までの流れ・持ち物案内・契約書類関連



3. 入所審査

提出いただいた書類内容を確認の上、当施設で受入れ可否の最終決定をいたします。
※①～⑤に加え状態に応じて、ご本人様の実態調査を行う場合があります。



4. 入所準備

入所日の決定、最終確認を行います。
契約書類、同意書は事前に郵送いただく形となります。
衣類、日用消耗品などの準備をお願いします。
※持ち物には全てに油性マジックでフルネームを記入ください。
入院、入所中の場合は、先方との連携を図りながら調整となります。
入院（所）中の場合は、退院時に薬、書類をいただいて到着後に施設へ提出ください。
※部屋調整が必要な場合は、待機となる場合があります。



5. 入所

ご本人様同行の上、施設へ移動させていただきます。

介護保険老人施設 プラチナ・ヴィラ東大和 利用申込書

<利用内容>

申込日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
利用者氏名		☐ 男性 ☐ 女性	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 (歳) 年 月 日	
住所	〒 - 電話番号 - -			

ふりがな		続柄	生年月日	
申請者氏名			☐ 昭 ☐ 平 年 月 日	
住所	〒 -		自宅 - - 携帯 - -	
勤務先名		電話番号	- -	

■現在の状況

☐ 在宅 ☐ 入院中 ☐ 入所中 (病院名・施設名)

■ご利用の目的

☐ リハビリ目的 ☐ 介護困難 ☐ 他施設待機 ☐ その他()
--

■入所希望日

☐ すぐに ☐ 月 日まで ☐ 月頃

■退所後の予定

☐ 在宅 ☐ 特養 ☐ 有料ホーム ☐ その他()
--

■介護保険被保険者証

要介護状態区分	☐ 申請中 ☐ 区変中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

■居宅介護支援事業所

事業者名		担当	CM
------	--	----	----

■限度額認定・生活保護受給の有無

☐ 介護保険負担限度額認定証 ☐ 生活保護

■かかりつけの医療機関

医療機関名		主治医	先生
-------	--	-----	----

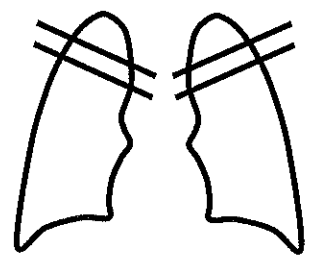
ご本人様の収入	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ その他の収入() 年収約 () 万円
---------	--

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】
心電図	所見
皮膚疾患(褥瘡)	無 ・ 有()
精神症状 及び 問題行動	
特記事項	



異常あり ・ 異常なし

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ヶ月以内のもの)を記入、
またはコピーの添付をお願い致します。

検査日 年 月 日

血液一般	WBC	白血球	
	RBC	赤血球	
	Hb	ヘモグロビン	
	Ht	ヘマトクリット	
	PLT	血小板	
栄養状態	TP	総タンパク	
	ALB	アルブミン	
糖尿病	BS		
	HbA1c		
	※ 糖尿病の疾患がある方は必須項目となります		
高脂血症	T-CHO	総コレステロール	
	HDL-CHO		
	TG	中性脂肪	
肝疾患	GOT		
	GPT		
	LDH		
	γ-GTP		
腎疾患	BUN	尿素窒素	
	Cr	クレアチニン	
	UA	尿酸	
電解質	Na	ナトリウム	
	K	カリウム	
	Cl	クロール	
感染症	TPHA	梅毒	
	HBsAg	抗原	
	HBsAb	抗体	
	HCV	抗体	
心不全	BNP / NT-proBNP		
炎症反応	CRP		
その他	INR(ワーファリン内服の場合)		

* 別な書式や診療情報提供書を別紙添付でも可能です。

下記のコピー添付も併せてお願い致します。

心電図	※心疾患のある場合
胸部 X-P	※所見に異常ありの場合
頭部 MRI/CT(脳疾患のある場合)	
骨折部位 X-P(骨折のある場合)	

日常生活動作(ADL)調査票

年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

(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) アレルギー () (有 ・ 無) 禁 止 食 () 使 用 具 (箸・スプーン・その他『 』)		トロミ使用						
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	()											

精神・認知症状 確認票

氏名	様	性別	☐ 男性 ☐ 女性	年齢	歳
----	---	----	--	----	---

認知症の種類	☐ アルツハイマー型認知症 ☐ 血管性認知症 ☐ レビー小体型認知症 ☐ 特定不能の認知症	診断日	年	月	ごろ
検査	☐ HDS-R	点	(実施日	年	月)
	☐ MMSE	点	(実施日	年	月)
	☐ 未実施				
周辺症状	☐ 見当識障害	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない	
	☐ 昼夜逆転	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない	
	☐ 子供、家族の認識・判別	☐ できる	☐ できない	☐ 曖昧	
	☐ 幻聴、幻視	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない	
	* (時々) ある場合は頻度、状況を記入				
	☐ 被害妄想	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない	
	* (時々) ある場合は頻度、状況を記入				
	☐ 暴言	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない	
	* (時々) ある場合は頻度、状況を記入				
	☐ 介護抵抗、暴力行為	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない	
	* (時々) ある場合は頻度、状況を記入				
	☐ 大声、奇声	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない	
	* (時々) ある場合は頻度、状況を記入				
	☐ 感情不安定	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない	
* (時々) ある場合は頻度、状況を記入					
☐ 不潔行為	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない		
* (時々) ある場合は頻度、状況を記入					
☐ 収集癖	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない		
* (時々) ある場合は頻度、状況を記入					
☐ 帰宅願望、徘徊	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない		
* (時々) ある場合は頻度、状況を記入					
☐ 異食、盗食	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない		
* (時々) ある場合は頻度、状況を記入					
☐ 性的トラブル	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない		
* (時々) ある場合は頻度、状況を記入					

○ご協力ありがとうございました。

介護老人保健施設プラチナ・ヴィラ東大和