

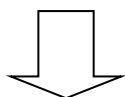
ご利用手続きのご案内

このたびは、「ほほえみの郷横浜」にお問い合わせいただきありがとうございます。
ご利用希望者の現況等を把握するため、ご家族の方とご利用者との面接を実施したいと思います。
面接日は、ご相談の上決定しご連絡します。

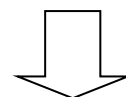
＜ご利用までの流れ＞

問い合わせ

パンフレット・利用申し込み書等の書類をお渡しいたします。
見学も随時受け付けておりますので、お気軽にご連絡下さい。



ご利用お申込み



本入所

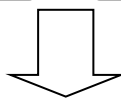
ショートステイ

必要な書類を提出していただきます

- ①利用申込書 ②個人情報使用同意書
- ③健康診断書一式 ④診療情報提供書(主治医)

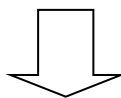
必要な書類を提出していただきます

- ①利用申込書 ②個人情報使用同意書
- ③診療情報提供書(主治医)※書式の指定なし
- ④胸部レントゲン



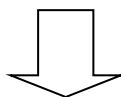
面接

ご利用希望者様とご家族と、病院またはご自宅で面接を実施させていただきます。
面接日時はご相談の上、設定させていただきます。



入所検討会議

医師、看護師、介護士、セラピスト、栄養士、相談員等で構成する会議で
検討させていただきます。



ご利用開始

入所日当日はご家族のお付き添いをお願いしております。

◆問い合わせ先◆

医療法人社団 悠仁会 介護老人保健施設 ほほえみの郷横浜
〒241-0806 横浜市旭区下川井町220-1
TEL:045-955-5577 FAX:045-951-2991 支援相談員まで

利用申込書

令和 年 月 日

ご利用者様	フリガナ 氏名		性別 男 女	生年月日 大正・昭和 年 月 日 歳
	住所	〒		
	電話番号			
	介護保険	保険者番号:	被保険者番号:	
	介護度	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	負担限度額	1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階		
お申込者様 (ご家族)	フリガナ 氏名	続柄 ()		
	住所	〒		
	連絡先			
お申込者様 (ケアマネ) (医療相談員)	事業所名			
	病院名			
	住所			
連絡先	担当者名 ()			
現在の状況	自宅	訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問診療 ・ 通所サービス ・ 短期入所 ・ その他 ()		
	入院(所)中	病院・施設名	入院(所)日: 令和 年 月 日	
医療情報	既往歴			
	服薬状況			
利用希望日	令和 年 月 日～			
身体状況	移乗(歩行、杖歩行、車いす) 食事(経口、胃瘻等) 排泄(自立、誘導、おむつ)			
その他の状況				
問い合わせ先	医療法人社団 悠仁会 ほほえみの郷横浜 〒241-0806 横浜市旭区下川井町220-1 TEL:045-955-5577 FAX:045-951-2991			

日常生活動作（ADL）調査票【介護老人保健施設 ほほえみの郷横浜】

<横浜市介護老人保健施設共通様式>

令和 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

(続柄・職種)

《当てはまる箇所に“○”を付けてください。》

※ 頻度が“ときどき”の場合は“△”を付けてください。 例) (△・無) 徘徊

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・粥・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー) むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割) 治療食(使用具(
	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)	
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 ストマ 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿意(有・無) 便意(有・無)	
更衣	上衣 自立	一部介助	全介助		
	下衣 自立	一部介助	全介助		
入浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
整容	自立	一部介助	全介助		

寝返り	自立	一部介助	全介助		
座位保持	自立	一部介助	全介助		
立位保持	自立	一部介助	全介助		
移乗	自立	一部介助	全介助		
移動	自立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	

意思疎通 普通 ・ 困難 (理由:)

認知症 無 ・ 有 (具体的な様子:)

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:)											

{その他に何かございましたらご記入ください。}

日常生活動作（ADL）調査票の記入方法

《ご本人様が現在行える動作・内容・行動について、
当てはまる箇所に“○”（頻度が“ときどき”の場合は“△”）
をご記入ください。》

有・ときどき・無 について

- 有** : よく有る状態。だいたい、1日の中で何回か有る場合。
ときどき : ときどき有る状態。だいたい、1週間で何回か有る場合。
無 : ほとんど無い状態。有ってもだいたい1ヶ月で数回の場合。

レベル（自立・一部介助・全介助）について

- 自立** : セッティング(用意すれば)・声かけ・見守りなど行えば、だいたいご自分で行える場合。
一部介助 : ご自分でも行なえる部分があるが直接介助が必要な場合。
全介助 : その動作に対し全面的に介助が必要な場合。

☆ 一部介助に当てはまる場合は、備考欄に必要な介助内容をご記入ください。

- 例) **食事** ・多少食べこぼしがあっても召し上がる動作が可能であれば**自立**。
・時間がないので介助してしまうがゆっくりでもご自分で召し上がれる場合は**自立**。
・一気に召し上がりむせてしまうので少しずつ分けて提供する場合は**一部介助**。

- 更衣** ・準備しておけば着替えられる場合は**自立**。
・着る順番がちぐはぐで一つずつ手渡しする場合は**一部介助**。

内容について

該当する場合は（ ）内の空欄にもご記入ください。その他気になる点などございましたら空欄や備考欄にご記入ください。

- 食事** : 『粥』は、全粥、3分・5分粥などを含みます。詳細は備考欄にご記入ください。
: 『一口大』は食べやすい大きさにほぐしたり、一口大にカットする。『ミジン』は細かいみじん切りです。その他の工夫などは、備考欄にご記入ください。
: 『食欲』は、ときどき・無の場合、普段どのくらいの量を召し上がれるのか全体の『何割』くらいとご記入ください。

- 入浴** : 『中間浴』は、リフト浴やチェア浴・シャワー浴と呼ばれる中間的な入浴方法です。詳細や工夫は備考欄にご記入ください。

意思疎通について

言葉による会話が可能であれば普通。会話に工夫が必要であれば困難でその理由・方法をお書きください。

- 困難の例**) ・言語障害があり、筆談による会話がが必要な場合。“言語障害あり。会話は筆談。”
・認知症による場合。“その場の受け答えのみ” “認知症重度の為、疎通困難”

行動について

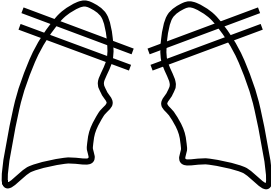
当てはまる行動がある、又はそれ以外の行動がある場合は、具体的な様子にご記入ください。

- 不潔行為** : オムツはずしや便をさわる行為。放尿や放便も含まれます。
昼夜逆転 : 昼間寝ていて夜起きている逆転傾向の状態。夜間不眠も含まれます。
異食 : 食べられないものを口に入れる行為。

健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

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		
(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 年 月 日】		
尿	蛋白質	- ± +	所見  異常あり・異常なし		
	糖	- ± +			
	潜血	- ± +			
感染症	H B s	抗原精密 - +			
	H C V	抗体 - +			
	疥癬	- + 部位()			
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()	結核の既往	無・有 (歳)		
アレルギー(食物・薬)	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()		
特記事項					

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名所在地

医師氏名

印

医療情報提供のお願い

医療機関各位

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。当施設の利用希望者様の受入審査に際し、介護老人保健施設にて適切に介護できるかどうかの判断に用いますので、下記の検査データをお知らせ下さいますようお願い致します。尚、検査データは3ヶ月以内の検査値でお願い致します。

検査日 令和 年 月 日

WBC	RBC	Hb	Ht
PLT	CRP	GOT	GPT
ALP	LDH	尿酸	TP
Alb	BUN	Cr	Na
K	総コレステロール	中性脂肪	
FBS	その他(HbA1c)	MRSA(鼻)	

※ 糖尿病疾患のあるかたはHbA1cの検査をお願いします。

※ 検査データのコピーを添付して下さい。

※ 過去の検査データもございましたらコピーで結構ですでお知らせ下さい。

お手数をおかけしますが宜しくお願い致します。

*当施設ご利用希望者様へ 健康診断書と併せて医療機関にご提出ください。

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先

医療法人社団悠仁会
ほほえみの郷横浜

担当医 坂井 隆志 先生 御待史

医療機関の所在地および名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日	性別 男・女 年齢 歳 明・大・昭・平 年 月 日
傷病名	
紹介目的	ほほえみの郷横浜への(本入所 ・ ショートステイ)利用の為
既往歴 および 家族歴	
症状経過 および 検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

注 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。

個人情報使用同意書

私は、適切な介護保険サービスを利用するために、市町村、居宅介護支援事業者等への必要な情報提供、あるいは、医療機関等への療養情報を提供することに同意します。

医療法人社団 悠仁会 ほほえみの郷横浜

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名

印

<申込者>

住所

氏名

印