入所・短期入所利用申込のご案内

医療法人　神明会
介護老人保健施設　ラ・ポルトフィーナ高槻
管理者　平海　良雄

拝啓　ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。
この度は、ご利用のご相談をいただきまして、誠に有難うございます。
ご利用に際しましての必要書類は下記のものとなっておりますので、よろしくお願い致します。

「提出書類」

1. 利用申込書
2. 診療情報提供書　《3ヶ月以内に検査された場合》
3. アンケート用紙　あらかじめ病院からお持ち頂ければ幸いです。
4. 介護保険被保険者証の控え
5. 介護保険負担割合証の控え
6. 負担限度額認定証の控え(お持ちの方)
7. 血液検査データ

大変お手数をおかけしますが、ご家族やケアマネジャーとご相談の上で、ご記入いただき、下記までご返送、またはご持参下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。尚　ご見学のご相談は随時行っております。いつでもお問い合わせ下さい。

送　付　先

〒569-0857

高槻市玉川1丁目5番2号

介護老人保健施設 ラ・ポルトフィーナ高槻

入所担当まで

TEL：072－679－4165
FAX：072－679－4765

入所・短期入所利用申込のご案内

医療法人　神明会
介護老人保健施設　ラ・ポルトフィーナ高槻
管理者　平海　良雄

拝啓　ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。
この度は、ご利用のご相談をいただきまして、誠に有難うございます。
ご利用に際しましての必要書類は下記のものとなっておりますので、よろしくお願い致します。

「提出書類」

1. 利用申込書
2. 診療情報提供書　《3ヶ月以内に検査された場合》
3. アンケート用紙　あらかじめ病院からお持ち頂ければ幸いです。
4. 介護保険被保険者証の控え
5. 介護保険負担割合証の控え
6. 負担限度額認定証の控え(お持ちの方)
7. 血液検査データ

大変お手数をおかけしますが、ご家族やケアマネジャーとご相談の上で、ご記入いただき、下記までご返送、またはご持参下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。尚　ご見学のご相談は随時行っております。いつでもお問い合わせ下さい。

送　付　先

〒569-0857

高槻市玉川1丁目5番2号

介護老人保健施設 ラ・ポルトフィーナ高槻

入所担当まで

TEL：072－679－4165
FAX：072－679－4765

利用申込書

●ご利用を希望される方●

申込日　　年　　月　　日

フリガナ		顔写真
お名前		
明・大・昭　　年　　月　　日生　　男・女（　　歳）		
ご住所	〒　　－	
ご連絡先	（　　）　　－	
介護度	要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）・申請中 有効期間　　年　月　日～　　年　月　日　認定日：　　年　月　日	
現在居所	自宅・（　　）病院入院中 （　　）施設入所中・その他（　　）	
主治医	医院名　　（　　先生）	
	住所　　TEL：（　　）　－	
居宅介護支援事業所	事業所名　　（担当：　　）	
	住所　　TEL：（　　）　－	

●ご家族様連絡先●

フリガナ	
お名前	続柄（　　）年齢（　　歳）
ご住所	〒　　－
ご連絡先	自宅：（　　）　－
	携帯：（　　）　－

○　同居又はお近くにお住まいでお世話いただけるご親戚の方をご記入ください　○

フリガナ お名前	続柄	年齢	ご連絡先	ご住所
			（　）　－	
			（　）　－	

●希望サービス●　（「□」にチェックの上、ご記入ください）

□ 介護老人保健施設（入所）	（令和　年　月　日から・今すぐ）入所希望	居室希望（個室・2人部屋・4人部屋） お急ぎの場合（個室　可・不可）
□ ショートステイ	（令和　年　月　日から・今すぐ）入所希望	居室希望（個室・2人部屋・4人部屋） お急ぎの場合（個室　可・不可）
□ 通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	週　　回程度希望／（希望日：月・火・水・木・金）	
□ 訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	週　　回程度希望／（希望日：月・火・水・木・金）	
利用目的		

●退所後の予定●　（「□」にチェックの上、ご記入ください）

□ 自宅	□現住所に戻る　／　□その他（　　）
□ 施設	申込（済み・未）　／〔施設名:　　〕
□ 未定	

介護老人保健施設
ラ・ポルトフィーナ高槻

診　療　情　報　提　供　書　(ご入所用)

年　　月　　日

紹　介　先

介護老人保健施設

ラ・ポルトフィーナ高槻

施設長　医師：　平海　良雄　宛

紹　介　元

機関名

所在地

電話番号

担当医師　　㊞

(利用者) フリガナ 氏名　様	男・女	明治 大正 昭和　年　月　日(　)歳

疾患名	
既往歴及び家族歴	
症状及び治療経過、検査結果等	Alb　(　g/dL) 検査日　年　月　日 MRSA　(－・＋・++・+++) 検査部位　(咽頭・喀痰・鼻腔) 検査日　年　月　日 HCV　(－・＋) 検査日　年　月　日 HBs　(－・＋) 検査日　年　月　日 結核既往歴　(有・無) 検査日　年　月　日 胸部X線所見　(直接・間接) 撮影日　年　月　日 所見　(3ヶ月内のものによる所見をお願いします)

身長・体重	cm　kg　(測定日　)
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症老人自立度	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M
現在の処方	
備考 ＊心電図のデータは裏面に添付お願いします。	

※　画像診断の所見・血液検査記録等を必ず添付下さいますようお願い致します。

介護老人保健施設 ラ・ポルトフィーナ高槻

日常生活のアンケート

※現在の生活状況をお聞かせください

医療法人神明会
介護老人保健施設ラ・ポルトフィーナ高槻

利用者名　　（　　）歳

記入者名　　続柄または職種（　　）

身体測定		身長　　cm　　体重　　kg　利き手　右 ・ 左
日常生活動作	生活リズム	□ 終日離床　□ 終日ベッド　□ 食事・トイレのみ起床
	立ち上がり	□ 自立　□ 見守り　□ つかまり立ち　□ 一部介助 □ 全介助
	椅子・トイレ移乗	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助
	移動手段	□ 歩行（ 独歩 ・ 杖 ・ バギー ・ 歩行器 ・ その他（　　）） □ 車椅子（ 自走 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）　□ ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ車椅子
	麻痺	□ 有 （ 部位　　） □ 無
	転倒	□ 有 （ いつ頃　　） （ どのような時に　　） （ 頻度　□ 週1～2回　□ 月1～2回　　） □ 無
食 事	摂取方法	□ 口から　□ 胃ろう　□ その他（　　）
	主食	□ 米飯　□ 軟飯　□ 全粥　□ ソフト食 □ 粥ミキサー
	副食	□ 普通　□ ひと口大　□ 極きざみ　□ ソフト食 □ ミキサー
	朝食希望	□ 和食　□ パン食
	嚥下（飲み込み）	□ むせない　□ 時々むせる　□ よくむせる
	トロミの有無	□ 有 （ 薄 ・ ヨーグルト ・ 蜂蜜 ・ 濃 ） □ 無
	食事姿勢	□ 椅子（車椅子）　□ ベッド上（　）度　□ 車椅子ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ（　）度
	食事介助	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助
	義歯	□ 有 （ 総入れ歯（上・下） ・ 部分入れ歯（上・下） ） □ 無　□ 合わないので使用せず
	食事の様子（複数選択可）	□ なかなか飲込めない　□ 眠ってしまう　□ 手づかみ □ 食事中疲れてしまう　□ 食事量が減っている □ 食事に集中できない　□ 時間がかかる
	食事制限	□ 糖尿病食　□ 塩分制限（　）g　□ その他（　　）　□ 無
	食物アレルギー	□ 有 （ 食品名　　） □ 無
排 泄	尿意	□ 有　□ 無
	便意	□ 有　□ 無
	昼間の排泄	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助
		□ トイレ　□ ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ　□ 布パンツ　□ 紙パンツ □ パット　□ ﾃｰﾌﾟ留めｵﾑﾂ　□ その他（　　）
	夜間の排泄	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助
		□ トイレ　□ ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ　□ 布パンツ　□ 紙パンツ □ パット　□ ﾃｰﾌﾟ留めｵﾑﾂ　□ その他（　　）

裏面もあります

入　浴	入浴	□ 好き　□ 嫌い
	入浴状況	□ 一般浴　□ 機械浴　□ ストレッチャー浴　□
	洗身	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助
	洗髪	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助
整　容	洗顔	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助
	歯磨き	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助
健　康 医療面	睡眠時間	□　　時から　　時まで　　時間
	排便	□ 毎日　□ 2～3日に1回　□ 1週間に1回
	褥瘡	□ 有（ 部位　　処置　　）　□ 無
	インスリン	□ 有（ いつ　　単位数　　）　□ 無
	服薬管理	□ 自立　□ 全介助
	薬物アレルギー	□ 有（ 薬品名　　）　□ 無
コミュニ ケーション	意思伝達	□ 可能　□ 時々可能　□ 不可能（具体的に　　）
	理解	□ 理解できる　□ できない　□ その場は理解できる
	視覚	□ 見える　□ はっきり見えない（ 両目 ・ 右 ・ 左 ） □ 見えない（ 両目 ・ 右 ・ 左 ）
	眼鏡	□ 有　□ 無
	聴覚	□ 聞こえる　□ 大きい声で聞こえる　□ 聞こえない（ 両耳 ・ 右 ・ 左 ）
	補聴器	□ 有　□ 無
	他者との交流	□ 問題なし　□ 苦手　□ できない　□ 好まない
精神に ついて	物忘れ	□ 有　□ 無
	判断能力	□ できる　□ 指示が必要　□ できない
	症　状	□ 徘徊（ 日中 ・ 夜間 ・ 昼夜問わず ・　　） □ 暴言・暴力（どの程度・内容　　） □ 昼夜逆転　□ 介護抵抗・拒否 □ 夜間不穏（ 具体的に　　） □ 異食行為（ 具体的に　　） □ 放尿　□ 不眠　□ 収集癖　□ 物盗られ妄想 □ 不潔行為（ 具体的に　　） □ その他（　　）
	ナースコール使用	□ 可能　□ 時々可能　□ 不可能
	センサーマット使用	□ 要　□ 不要
症状に 関して	経　過	
	注意点	

介護老人保健施設
ラ・ポルトフィーナ高槻