

お申し込みについて

玉川すばるのご利用をご検討いただき、ありがとうございます。
下記、お申し込みいただく際の流れ、書類のご説明となっております。
ご参考ください。

◎お申し込みの流れ

面談予約 → 面談・見学 → 書類作成・提出
→ 検討会議※ → 結果報告※

※面談・書類の内容を合わせて、入所をご検討させていただいております。

※結果報告で「入所可能」となった場合の流れ

ベッドが空くまで待機 → ベッドが空いたら、すばるより家族へ連絡
→ 契約・日程調整 → 自宅・病院等より、すばるへご入所

※状況により、前後することがございます。

◎書類について

1. 利用申込書（ご家族様ご記入）
 - ・全ての項目のご記入をお願いします。
 - ・必ず第一、第二連絡先を、ご記入ください。
 - ・連絡先は、緊急時に連絡可能な方、対応可能な方、ご記入ください。
2. 診療情報提供書（医師が記入）
 - ・基本的に3か月以内の情報をお願いします。
 - ・胸部レントゲン所見・心電図所見は必須項目です。
 - ・他施設の書類でも代用可能な場合もありますので、ご相談ください。
 - ・提出後、お薬の変更がございましたら、速やかにお知らせください。
3. 血液データ（医師が記入）
 - ・基本的に3か月以内の情報をお願いします。
 - ・書類にある項目以外のデータも、ございましたらご提出ください。
4. 日常生活状況調査票 2枚
（ご家族様、担当ケアマネ、病院・施設職員等）

※全ての書類が揃いましたら、ご持参・ご郵送ください。

玉川すばる相談部 担当 木島・椎原・久保田・鈴木
TEL:03-5797-5525 FAX:03-5797-5530

診療情報提供書

フリガナ 氏名		男 女	生年月日	大正・昭和
住所	TEL			

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	※現在内服中の全科のお薬をご記載下さい

(身長 cm) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈 回/分)	
検査所見【検査日 年 月 日】	胸部レントゲン所見
尿	撮影日： 年 月 日
蛋白質	
糖	
潜血	
感染症	検査日： 年 月 日
HBs	抗原() 抗体()
HCV	抗体 - +
MRSA	- + (部位) 異常 あり ・ なし
皮膚疾患 (褥瘡・疥癬含)	無・有 ()
アレルギー-(薬)	結核の既往 無・有 (歳)
アレルギー-(食物)	視力障害 無・有 (歳)
麻痺	聴力障害 無・有 (歳)
拘縮	言語障害 無・有 (歳)
	ペ-スメーカー 無・有 (歳)
認知症有無程度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
	障害高齢者の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
血圧・食事指示	血圧 / 以上 ・ 以下 は 入浴 ・ リハビリ 不可
	治療食 有 ・ 無 治療食名 ()
	指示病名 ()
	提供カロリー (kcal)
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

医師名

介護老人保健施設 玉川すばる

御担当医侍史

介護老人保健施設 玉川すばる

処方内容(規格)の記載についてのお願い

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
当施設におきまして、申し込み書類として診療情報提供書の提出をお願いしております。
診療情報をご記入して頂く際、処方内容には一錠あたりの規格単位(mg等)が分かるようご記載頂けますと幸いです。
(処方内容について別紙書類《薬剤情報提供書等》を添付して頂く形でも構いません)
書面にて失礼なお願いとなり大変申し訳ございませんが、ご理解、ご協力の程宜しくお願いいたします。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）基準

正常

ランク J：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

J1：交通機関等を利用して外出する。

J2：隣近所へなら外出する

ランク A：屋内への生活は概ね自立しているが、介助なしでは外出はできない。

A1：介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。

A2：外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。

ランク B：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保てる。

B1：車椅子に移動し、食事、排泄はベッドから離れて行う

B2：介助により車椅子に移乗する。

ランク C：一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えに介助を要す。

C1：自力で寝返りをうつ。

C2：自力で寝返りもうたない。

認知症高齢者の日常生活自立度基準

正常

I 何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。

II 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば自立できる。

IIa：家庭外で上記IIの状態が見られる

IIb：家庭内で上記IIの状態が見られる

III 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介助を必要とする。

IIIa：日中を中心として上記IIIの状態が見られる

IIIb：夜間を中心として上記IIIの状態が見られる

IV日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ頻回にみられ、介助を必要とする。

M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする

入所利用 日常生活状況調査票

記入日 年 月 日

氏名 様

ご記入者 様
続柄・職種 【 】

要介護度		要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 申請未								
認知症高齢者の日常生活自立度		正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M								
障害高齢者の日常生活自立度		正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2								
移動	屋内	独歩	手引き	杖	四点杖	歩行器	バギー	車椅子		
		自立	見守り	一部介助	(内容)					全介助
	屋外	独歩	手引き	杖	四点杖	歩行器	バギー	車椅子		
		自立	見守り	一部介助	(内容)					全介助
階段昇降	自立	手すり使用	見守り	要介助	不可	その他()				
移乗	自立	見守り	一部介助	(内容)					全介助	
起き上がり	自立	つかまれば可	一部介助	(内容)					全介助	
座位保持	自立	背もたれ・摺り可	全介助							
立ち上がり	自立	つかまれば可	一部介助	(内容)					全介助	
立位保持	自立	つかまれば可	一部介助	(内容)					全介助	
寝返り	自立	介助	センサーコール 無・有 (様子)							
	装具	右・左	麻痺部分 【 】			拘縮部分 【 】				
ナースコール	使用の理解	有・無	ふらつき	有・無	転倒歴	有・無	ずり落ち歴	有・無		
その他										
食事	自立	見守りのみ	一部介助	(内容)					全介助	経管栄養
主食	米飯	軟飯	粥食	ミキサー	ソフト食	パン食	パン粥			
副食	常菜	軟菜	一口大	刻み	極刻み	ミキサー	ソフト食			
水分	一日の水分摂取量		ml(平均)	水分制限	無・有	ml	とろみ	有・無		
摂取状況	良好	ムラ有	不良	平均摂取量 (約 割)						
摂取時間	分くらい		むせ込み	有・無・時々	状態 ()					
治療食	無・有	(治療食名	提供kcal			kcal・塩分制限 有・無)				
アレルギー	無・有	()	禁忌食			無・有 ()				
嗜好	好きなもの				嫌いなもの					
自助具	箸	スプーン	その他【 】			義歯	無・上・下・部分(上・下)			
その他										
排泄	日中	自立	声掛け	一部介助	全介助	誘導	回数	約	回	
		トイレ	P.トイレ	尿器	オムツ交換	布パンツ	紙パンツ	オムツ	パット	
	夜間	自立	声掛け	一部介助	全介助	誘導	回数	約	回	
		トイレ	P.トイレ	尿器	オムツ交換	布パンツ	紙パンツ	オムツ	パット	
尿意	有・無・時々			便意	有・無・時々					
失禁	有・無・時々			バルーンカテーテル	有・無	ストーマ 有・無				
その他										
更衣	上衣	自立	準備のみ	声掛け	見守り	一部介助	全介助			
	下衣	自立	準備のみ	声掛け	見守り	一部介助	全介助			
その他										
入浴	一般浴	個別浴	機械浴	シャワー浴	清拭	好き	普通	嫌い		
	自立	一部介助	全介助							
その他										
整容	洗面	自立	一部介助	(内容)					全介助	
	整髪	自立	一部介助	(内容)					全介助	
	歯みがき	自立	一部介助	(内容)					全介助	
その他										

視力障害	有(右・左)・無	様子	眼鏡	有・無
聴力障害	有(右・左)・無	様子	補聴器	右・左・無
言語障害	有・無	様子	対応	
睡眠状況	良眠	不眠	眠剤	有・無
認知症状	あてはまる 症状に○を つけて下さい	失見当識 暴言・暴力 独語	感情失禁 介護拒否 被害妄想	幻視・幻聴 不潔行為 拒薬
	睡眠時間帯			
	時頃～ 時頃			
			昼夜逆転 異食 盗食	徘徊 帰宅願望
				収集癖 離棟
				大声・奇声 立ち上がり
	認知症状の具体的な様子			
	意思表示・疎通		可・困難	短期記憶障害
			有・無	危険認識の理解
			可・困難	
性格や 好きな活動				
リハビリ 状況	行っていない・行っている (週 回)		リハビリに対する意欲	
	実施内容:		有・無	
	(こちらへ記入されるか、個別計画書の添付をお願い致します)			
リハビリ 実施注意点				

○ 医療的な処置

当てはまる項目の番号に○を付けてご記入下さい。

1	褥瘡	部位:	状態:	
		薬品名・使用量:	治療頻度:	
2	軟膏処置	部位:	状態:	軟膏名:
3	バルーン カテーテル	1日の尿量:	ml	尿路感染: 有・無
4	吸引	1日の回数:	回	自力排痰: 可・不可
5	服薬	<input type="checkbox"/> きちんと飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲めていない	飲めていない方は理由をご記入ください	
6	点眼	種類:	1日何回:	回 左・右・両目
			自己点眼:	可・不可
7	湿布	部位:	1日の使用枚数	枚
8	疼痛部位	部位:	処置方法:	処置回数:
9	排便 コントロール	排便状態:	回/日	コントロール 方法
10	喘息	発作	有・無	発作時の 処置:
				発作の 頻度:
11	ストーマ	自己管理:	可・不可	
備考				