

ショートステイ利用規約

介護付有料老人ホーム「アイムス蓮根」の利用規約となります。
ご利用の際は、必ず下記の規約に同意の上お申込み下さい。

- ・当施設は介護付有料老人ホームであり、入居時に要支援、要介護認定を受けている65歳以上の方が入居条件となります。
- ・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止する事ができない場合は、予告期間をおいて退去をお願いする事がございます。
- ・ショートステイ期間中に入居者の容態が急変し、看護師により医師による治療が必要と判断した場合、人命を優先しご家族様の許可なく医療機関へ搬送する事がございます。
- ・ショートステイ申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居した場合には予告期間をおいて退去をお願いする事がございます。
- ・ショートステイ期間中も本入居と同様のサービスを提供するものとし、有料サービスをご利用の場合にも同様の料金をご負担頂きます。
- ・ショートステイ期間中の費用は介護保険対象外となりますので弊社規定の料金をご負担頂きます。

1 泊料金 ￥_____

「アイムス蓮根」ショートステイ及び体験入居を利用するにあたり、ショートステイ利用規約を受領し、これらの内容に関し、入居相談担当者による説明を受け、十分に理解を致しましたので申し込みをします。

【利用者さまについて】

フリガナ 氏名		性別	男 女			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 () アパート・マンション名 ()					
電話	()					

【ご利用期間】

年	月	日	時	から	日間
年	月	日	時	まで	

【お食事について】

年	月	日	(朝食・昼食・おやつ・夕食)	から
年	月	日	(朝食・昼食・おやつ・夕食)	まで
(ご希望のお食事) 朝食:ご飯・パン				
主食:ご飯・軟飯・粥・キザミ食・ミキサー食 副食:普通食・一口大・キザミ食・ミキサー食				
食物アレルギー・嗜好(食べられない物)()				
治療食() 水分制限()				

*入院や身体・生活上などで、前回ご利用時と変化がある場合は、ご記入ください

年 月 日

入居者 _____ (印)

(代筆の場合、代筆者氏名 _____)

身元引受人 _____ (印)

記入日： 年 月 日

【入居者さま】

フリガナ 氏名		性別	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳		
住所	〒 (アパート・マンション名)							
電話	()							
介護 保険	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5・自立・申請中					
	被保険者番号			認定日		認定有効期間		
	年	月	日	年	月	日	年	月

【ご家族】

フリガナ 氏名		ご利用者との関係 ()	備考	
住所	〒 (アパート・マンション名)			
請求書 送付住所	〒			
電話(自宅)	()			
(緊急時)	()	携帯・勤務先(会社名・内線)		
家族状況等 その他連絡先	氏 名	続 柄	住所・連絡先	
			()	
			()	
備考	*連絡先の順序や時間帯等			
現在の生活場所	自宅・病院・施設・その他()			
生活歴及び家族 構成				

【入居者さまの日常生活について】 *□に✓をお願いします

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 嚥下障害(有・無)水分量確認(有・無)食事場所() 主食: <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パン粥 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー 治療食() 食べられない物・嗜好等()		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 夜間排泄 約 回 排便リズム 回/ 日(下剤の使用 有・無) <input type="checkbox"/> 尿路カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(杖・歩行器・車椅子・その他)		
歩 行	<input type="checkbox"/> つかまらなくて出来る <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴回数(回/週) <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()		
整容着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助の方法 :)		
洗 面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助の方法 :)		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 残歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
つめ切り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
洗濯・清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	通院	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

【お身体について】 *□に✓をお願いします

視 力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> (殆ど・全く)見えない(右・左・両側) 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
聴 力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> (殆ど・全く)聞こえない(右・左・両側) 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
会 話	<input type="checkbox"/> 支障無 <input type="checkbox"/> 日常生活において必要程度 <input type="checkbox"/> 表現不完全で助けが必要 <input type="checkbox"/> できない		
意思表示	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> できない	物忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
話の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> できない	盗られ妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
徘徊行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	転倒歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年 月頃)
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 浅眠(寝つきが悪い) <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 夜間目覚める 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 就寝時間(頃) 起床時間(頃)		
麻痺・障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位や状態()		
お 薬	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 声かけや見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
かかりつけ医	医療機関名:	診療科:	主治医:
	医療機関名:	診療科:	主治医:
	緊急時医療機関名(入院先):		TEL ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> お薬 () <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> その他()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり感染症の内容()		
医療行為	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 尿路カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン(回数や単位:) <input type="checkbox"/> その他()		

現在の体調、 主な病気や、 今までに大ケガ や手術されたこ とがあれば記入 してください。	
--	--

【趣味や嗜好など】 *□に✓をお願いします

趣味		日課・習慣	
煙草	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う()本/日	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(何をどの位)
定期購読・購入品			宗教
オムツの種類	サイズ:S・M・L・L リハビリパンツ・テープ式・尿パット・フラット式・その他()		
レンタル希望(1日、540円)	テレビ	冷蔵庫	期間: 月 日～

【平均的な一日の過ごし方】

0時	3時	6時	8時	10時	12時	15時	18時	20時	22時	0時

【介護サービスの利用状況】 *□に✓をお願いします

<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週)	<input type="checkbox"/> デイケア・デイサービス(回/週)
<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問診療(回/月)
<input type="checkbox"/> 福祉用具の利用 ()		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

【入居後の生活でのご希望など】

--

居室		号室
----	--	----

持ち物チェックリスト

来館確認者

印

年 月 日

帰宅確認者

印

年 月 日

お名前 _____ さま

種類（色・柄）	来館確認	帰宅確認	備考
洋服 <input type="checkbox"/> シャツ・ブラウス（ 枚） <input type="checkbox"/> ジャンパー（ 枚） <input type="checkbox"/> ズボン（ 枚） <input type="checkbox"/> スカート（ 枚）			
<input type="checkbox"/> パジャマ（ 組）			
<input type="checkbox"/> シャツ・肌着類（ 枚）			
<input type="checkbox"/> 下着・パンツ（ 枚） <input type="checkbox"/> ズボン下（ 枚）			
<input type="checkbox"/> くつ下（ 足）			
<input type="checkbox"/> 館内履 <input type="checkbox"/> 外履き			
<input type="checkbox"/> 毛布 <input type="checkbox"/> タオルケット <input type="checkbox"/> タオル（ 枚） <input type="checkbox"/> バスタオル（ 枚）			
<input type="checkbox"/> 座布団・クッション <input type="checkbox"/> 体位変換枕			
<input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 体温計			
<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 眼鏡ケース <input type="checkbox"/> 補聴器			
<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 義歯入れ <input type="checkbox"/> 入れ歯洗浄剤			
洗面道具等 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯磨き粉 <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 鏡 <input type="checkbox"/> くし・ブラシ <input type="checkbox"/> ボックスティッシュ			
<input type="checkbox"/> 置時計 <input type="checkbox"/> 腕時計 <input type="checkbox"/> 電気髭剃り <input type="checkbox"/> ラジオ			
<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子			

- ・ お持ちになる項目□に✓をいれてください
- ・ 項目にない物は、空欄を使用してください
- ・ お手数ですが、お持ちになる物にお名前の記入をお願いします

・ ご利用者様氏名_____

・ ご入居される方が新しい環境に慣れていただくためのチェックシートです。

・ 以下の質問に、わかる範囲でお答えください。

・ 記入日 年 月 日 記入者:本人・家族()

1	(旅行・外出先など)環境が変わると眠れない又は寝つきが悪くなる	2ある・1時々・0ない
2	(旅行・外出先など)環境が変わると便秘又は排泄のリズムが変わる	2ある・1時々・0ない
3	新しい事(環境)に対しては不安・戸惑いが強くなる	2はい・1時々・0ない
4	視力障害又は聴力(難聴)障害がある	1ある・0ない
5	分からないことを人に聞くことは申し訳ないと感じ聞くことができない	2はい・1時々・0ない
6	見当識障害・意識混濁・混乱がある	1はい・0いいえ
7	認知症がある	1はい・0いいえ
8	判断力・理解力の低下がある	1はい・0いいえ
9	記憶力の低下があり、再学習が困難である	1はい・0いいえ
10	睡眠導入剤、安定剤、抗不安・抗精神薬・認知症治療剤を内服中である	1はい・0いいえ
11	眠りが浅い(夜間数回目覚める)	1はい・0いいえ
12	過去の出来事で思い出すと非常に辛く悲しくまたは苦しくなったりする	1はい・0いいえ
13	過去、病院や施設入所中に一時的に意識の混乱(せん妄)があった	1はい・0いいえ
14	出かける(外出・社会交流)ことはあまり好きではない	1はい・0いいえ
15	過去1年以内に転倒したことがある (ヶ月前頃)	1ある・0ない

個人情報の取り扱いについて

アイムス蓮根は、全ての入居者様に安心・安全で質の高い介護サービスを提供しご利用者様や地域社会に信頼される介護施設として日々努力を重ねております。「ご利用者様の個人情報」につきましても、個人情報保護の重要性を深く認識し、個人情報の適切な取り扱いを行っていくことが最大の責務と考え、以下の目的につきまして、全ての職員スタッフが個人情報の保護に努めてまいります。

当施設は、お客様の個人情報を取得します。

基本情報

氏名、住所、電話番号、性別、年齢、生年月日、出身地、

家族・親族情報

家族構成、生活歴等、職業、学歴、身元引受人情報、緊急連絡先、返還金受取人情報等

身体・健康状況

健康状態、健康診断の内容、健康保険証の内容、医療記録、介護保険証の内容、身体状況、診療情報提供書の内容、介護サービス提供状況、心身障害等

私生活情報

趣味、嗜好、思想、信条、宗教、入居動機、活動記録（写真等）

個人情報利用目的

- ・入居者様に提供する介護・医療サービス
- ・緊急時・通院等の付き添い時に保険証持ち出し医療関係への身体状況の情報提供
- ・介護保険事務手続き
- ・審査支払機関への介護報酬明細書（レセプト）の提供
- ・審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・外部監査機関への情報提供
- ・介護サービスの業務の維持・改善のための基礎資料
- ・入居者様に係る管理運営業務（会計・経理）
- ・ご家族様への連絡・報告等
- ・機関紙やホームページ等への写真の掲載及び提供

※1 個人情報の利用、提供等について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当窓口までお申し出ください。お申し出がないものについては、同意いただいたものとして取り扱わせていただきます。

※2 電話あるいは面会者からの問い合わせ（入所の有無、部屋番号等）への回答を望まない場合には、事前にお申し出下さい。

※3 これらのお申し出は、いつでも撤回、変更等を行うことができます。

※4 個人情報の取扱いについてお気づきの点は、お気軽にお問い合わせ下さい。

アイムス蓮根 施設長殿

上記内容に同意いたします。

年 月 日

承諾書

当施設では入居者様の快適な生活の為に、安全な環境作りに努めておりますが、入居者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》（ご確認頂きましたら口にチェックをお願いします。）

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。
- 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより脳や心臓、肺の疾患などにより急変・急死される場合もあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合など受診の必要性が発生した場合には、当施設の判断で協力病院などへお連れすることや、緊急時には救急車を呼び病院にお連れすることがあります。
- 集団生活においては、感染症を引き起こす場合もあります。
- 当施設は有料老人ホームのため、基本的には医療行為は行えません。但し、緊急時に介護職員などが医療行為（応急処置）を行うことがあります。

《貴重品類の取り扱いに関して》

- 貴重品（貴金属及び現金）は原則として持ち込み不可とします。もし、お持ち込みされ紛失された場合には責任は負いかねますのでご了承下さい。
- 義歯、補聴器など取り扱いには必要に応じ、職員が補助具の装着・脱着・洗浄・収納などをお手伝いいたしますが、故意または過失による破損以外の賠償責任を負いかねます。
- 危険物類（火気、包丁、ナイフ）は原則として持ち込み不可といたします。
また針やハサミ等については、個人により自己管理としていますが、場合により施設にて回収させていただくこともございます。

説明者：

印

上記内容を了承致しました。

____年 ____月 ____日

入居者 _____ (印)

(代筆の場合、代筆者氏名 _____)

身元引受人 _____ (印)

診療情報提供書

診断日: 年 月 日

医療機関所在地

Tel

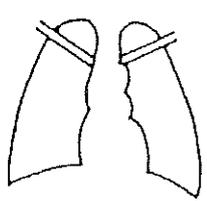
医療機関名

医師名

印

担当医 宛

本提供書の有効期限は、上記発効日より12ヶ月の間とする

ふりがな 患者氏名		男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
主傷病名	病状: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> やや安定期 <input type="checkbox"/> その他()				
既往歴及び 治療状況・検査等(経過)				処方内容	
感染症	TPHA		HBs抗原	レントゲン所見 ※検査 年 月 日 	
	HCV抗体		結核性疾患		
	疥癬	無・有	MRSA		無・有(検出部位)
	その他・特記事項				
認知症の有無	無・有()				
問題行動 の有無	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 集団生活困難 <input type="checkbox"/> その他()				
認知症に関する 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
日常生活の 状況	移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助	
	排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助	
着替	自立・一部介助・全面介助			整容	自立・一部介助・全面介助
血圧 (平均時)	/ mmHg <input type="checkbox"/> 高めの傾向 <input type="checkbox"/> 低めの傾向 <input type="checkbox"/> 変動が大きい <input type="checkbox"/> 普通				
食事の種類	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 糖尿食(cal) <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他()				
褥瘡	無・有(留意事項)				
移動や運動につい での留意事項	無・有(留意事項)				
入浴の可否	可・否(注意事項)				
その他 特記事項(医 療処置など)					