



# 特別養護老人ホーム やまびこ荘

## ショートステイ利用の手引き



### 1. 利用の申し込み方法

事前の予約が必要ですが、皆様のケアマネージャーを通してお申し込みいただきます。利用2ヶ月前の1日が受付開始ですので、早めにケアマネージャーにご相談ください。希望者が多く予約が取れないとキャンセル待ちになる事もあります。

### 2. 利用料

利用料計算書を入所時にお渡ししますので、退所時に事務所窓口にて現金でお支払いください。送迎サービスを利用して退所される場合は、送迎の職員にお支払いください。

利用料の計算方法は、詳しくは重要事項説明書をご覧ください。

### 3. 入退所時の流れ

入所時間は午前10:00～11:00頃、午後2:00～4:00頃までにお願いします。初回利用時や、何か変化のあった後は必ず御家族と一緒においでください。必要であれば送迎サービスも利用できますが、事前にケアマネージャーを通して申し込みが必要です。

#### (入所時)

- ① 事務所に保険証等をお預けください。職員がお部屋までご案内します。
- ② 健康状態や持ち物の確認をいたしますので、「ショートステイ利用票」をお渡してください。
- ③ 付き添いの方は、事務所で「保険証等預り証」を受け取ってからお帰りください。

#### (退所時)

- ① 事務所に「保険証等預り証」を提出し、預けていた保険証等をお受け取りください。
- ② 利用料清算後、お部屋までお迎えをお願いします。
- ③ 担当職員から利用中の御様子を報告させていただきます。



## 4. 荷物

事前に全ての物品（着衣含む）に記名し、「ショートステイ利用票」に記入してください。収納空間が限られているため、大量の持ち込みは御遠慮ください。

以下に荷物の参考例を示します。入所期間や季節・お体の状態に合わせて調整してください。

- 
- ・介護保険証、負担限度額認定証（提示いただけないと全額頂く場合もございます）
  - ・医療系の被保険者証等、障害者手帳、病院診察券

- 
- ・衣類（普段着、下着類、パジャマ、等）2日分程度

他の利用者と一緒に洗濯しますので、記名がないと紛失します。

乾燥機にかけるため、縮む素材の物は避けてください。

- 
- ・上履き（身体状況を考慮した物）
  - ・洗面用具（割れないコップ、歯ブラシ、フェイスタオル等）
  - ・日用品（必要なもの：電気ひげ剃り・ティッシュペーパー・入れ歯洗浄剤、容器）  
（不要なもの：×洗剤・×バスタオル・×おむつ・×食事用エプロン）

- 
- ・薬品類（病院からの処方薬、市販の常備薬）一回分ずつに分包してください
  - ・普段お使いの介護機器（歩行器、杖、装具、尿器等）
  - ・看護サマリー、介護サマリー、医師紹介状等（ある場合のみ）



## 5. お願いと注意事項

### （1）面会時間

9：00～18：00の間でお願いしております。時間外にも面会できますが、なるべく事前にお電話をください。面会時は事務所前の来館者記録簿に御記入いただき、番号札を首にかけてお上がりください。

### （2）器物破損

施設設備等を汚したり壊したりした場合、修復費用の負担をお願いする場合がございます。

### （3）禁止事項

- ・他人への宗教活動、政治活動、営利活動を禁止いたします。
- ・動物の飼育を禁止いたします。
- ・館内は禁煙となっております。また行事など特別の場合を除いて、飲酒はできません。
- ・屋内での携帯電話の使用を禁止いたします。（ペースメーカー使用者の安全のため）
- ・その他、他者への迷惑行為を禁止とさせていただきます。

# ショートステイ利用票

記入して、入所の際にお持ちください。

※バイタル は入所時に測定させていただくので、空欄で結構です



|       |       |    |              |      |        |        |
|-------|-------|----|--------------|------|--------|--------|
| 氏名    | 様     | 利用 | はじめて ・ 利用歴あり |      |        |        |
| 利用期間  | / ~ / | 日数 | 日間           | 退所時間 |        |        |
| ※バイタル | BP    | /  | P            | KT   | 最終 排便日 | 最終 入浴日 |
|       |       |    |              |      | /      | /      |

## 持ち物表

| 品名 (色・特徴) | 職員チェック欄 | 品名 (色・特徴) | 職員チェック欄  |
|-----------|---------|-----------|----------|
|           |         |           |          |
|           |         |           |          |
|           |         |           |          |
|           |         |           |          |
|           |         |           |          |
|           |         |           |          |
|           |         | 薬         | 有 なし     |
|           |         | 眼鏡        | 有 なし     |
|           |         | 髭剃り       | 有 なし     |
|           |         | 入れ歯       | 有・上・下 なし |
|           |         | 補聴器       | 有 なし     |
|           |         | 時計        | 有 なし     |
|           |         | 杖         | 有 なし     |

## 連絡先

|         |     |     |    |
|---------|-----|-----|----|
| 緊急連絡先 1 | 氏名  | 電話  |    |
|         | 住所  |     |    |
| 緊急連絡先 2 | 氏名  | 電話  |    |
|         | 住所  |     |    |
| ケアマネジャー | 事業所 | 氏名  | 電話 |
| 主治医     | 病院  | 医師名 | 電話 |

特別養護老人ホームやまびこ荘

対応職員サイン:

# 健康診断書

|                          |         |                         |        |        |         |        |                  |        |       |
|--------------------------|---------|-------------------------|--------|--------|---------|--------|------------------|--------|-------|
| 氏名                       |         | 住所                      |        |        |         |        |                  |        |       |
| 性別<br>男・女                |         | 生年月日<br>明・大・昭 年 月 日( 歳) |        |        |         |        |                  |        |       |
| 現病歴                      |         |                         |        |        |         |        |                  |        |       |
| 既往症                      |         |                         |        |        |         |        |                  |        |       |
| 投薬内容                     |         |                         |        |        |         |        |                  |        |       |
| 薬物アレルギー 無・有( )           |         | 食物アレルギー 無・有( )          |        |        |         |        |                  |        |       |
| 血圧 / P                   |         | 身長                      |        | 体重     |         |        |                  |        |       |
| 胸部 XP(6ヶ月以内のもの)異常 無・有( ) |         |                         |        |        |         |        |                  |        |       |
| 心電図 異常 無・有( )            |         |                         |        |        |         |        |                  |        |       |
| 感染症                      | MRSA( ) | 疥癬( )                   | HBs( ) | HCV( ) | Wa-R( ) |        |                  |        |       |
| 生化学                      | TP( )   | ALB( )                  | BUN( ) | CRE( ) | GOT( )  | GPT( ) | $\gamma$ -GPT( ) | TG( )  | TC( ) |
| 血算                       | WBC( )  | Hb( )                   | Ht( )  | PLT( ) | CRP( )  | RBC( ) | HbA1C( )         | FBS( ) |       |
| その他                      |         |                         |        |        |         |        |                  |        |       |

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日 医療機関名

所在地

医師氏名

印