

《入所生活中のリスク説明》

入所者氏名： _____

救急希望病院
①
②

老人保健施設は介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰を目指すために、各職種で協力し、ケアやリハビリテーション、食事、入浴などの日常サービスまで併せて提供する施設です。当施設におきましては、入所者様に安全で快適な生活を送っていただけるよう配慮いたしておりますが、身体状況や病気に伴う様々な症状が原因となり、下記のような危険が伴うことを十分にご理解ください。

【高齢者の特徴について】

- 介護老人保健施設はリハビリ施設であること、原則的に身体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あります。
- 歩行時の転倒、ベッドや車いすなどからの転落による骨折、外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 骨がもろく、通常の介護においても骨折する恐れがあります。
- 皮膚が薄く、少しの摩擦でも皮膚が剥離してしまうことがあります。
- 血管がもろく、軽度の打撲であっても皮下出血がしやすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下し、誤嚥、窒息の危険性が高まります。
- 脳や心臓の疾患により、急変や急死される場合もあります。
- 上記またはその他の理由で全身状態が悪化した場合、病院への救急搬送を行うことがあります。ただし、悪化した場合でも病院側の受け入れ状況により、即搬送できないこともあるのでご了承ください。

以上の説明で、ご不明な点などがありましたら、いつでもご遠慮なくお尋ねください。

私は、入所生活中のリスクについて十分に理解しました。

令和 年 月 日

施設医師： _____

ご本人様： _____

ご家族様： _____ 印（続柄 _____）

【急変時に関する説明と同意書】

利用者 _____ 様 年齢 _____ 歳 性別 男 ・ 女 _____

医 師 _____

看護師 _____

介護老人施設では病気の治療はできません※①

急変時には医療機関に搬送致します。その際にご希望される対応についてご利用者様並びにご家族様の御意向を確認させて頂いております。尚、この同意書の内容は今現在のお考えであり、今後何時でも変更できることができますので変更をご希望の際はその旨を担当フロア看護師までご連絡下さい。

病院搬送の際

- 延命処置※②を希望する。
- 延命処置は希望しない。

※① 施設では心臓マッサージ・AED・点滴・酸素投与の対応のみとなります。

※② 延命処置：心臓マッサージ・気管内挿管・人工呼吸器等による蘇生処置
充分にご理解の・ご同意の上希望の口にチェック✓をお入れください。

以上の説明で何かわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、急変時の対応の説明を受け、十分に理解し同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

ご家族氏名 _____ (続柄 _____)

ご家族連絡先一覧

氏名： _____ 様

※ご希望連絡先の順に、可能な限り多くの記入をお願いします。

① (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先) ○で囲んでください

TEL： _____ 氏名： _____ 続柄： _____

② (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先) ○で囲んでください

TEL： _____ 氏名： _____ 続柄： _____

③ (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先) ○で囲んでください

TEL： _____ 氏名： _____ 続柄： _____

④ (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先) ○で囲んでください

TEL： _____ 氏名： _____ 続柄： _____

⑤ (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先) ○で囲んでください

TEL： _____ 氏名： _____ 続柄： _____

⑥ (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先) ○で囲んでください

TEL： _____ 氏名： _____ 続柄： _____

『

※救急搬送等の緊急事態以外は _____ 』 番まで



ご記入下さい

入所時持ち物チェック表

入所者様氏名： _____

★持ち物には全て記名をお願いします

持 参 物	数	特 徴	ス タ ッ プ	
			入 所	退 所
車いす				
杖				
歩行器				
義歯				
義歯ケース				
コップ				
エプロン				
補聴器				
時計				
眼鏡				
眼鏡ケース				
貴金属				
髭剃り				
爪切り				
ヘアブラシ				
財布				
靴				
ラジオ				
テレビ				
携帯電話（スマホ）				
PC・タブレット				

記入日： 年 月 日 ご家族様氏名： _____ 印

スタッフサイン	
入所時	退所時

私物確認表

ご利用者様・ご家族様へ

当施設におきましては、ご利用者様に使い慣れた物を使用して頂くため、危険や周りの方の迷惑にならない範囲で、私物の制限を致しておりません。

しかし、全てご自分で管理なされる方ばかりではありませんので、以下の私物につきましては紛失・破損を巡って、トラブルに発展してしまう可能性が考えられます。

スタッフ一同、細心の注意を払ってまいりますが紛失・破損等の事態に対し、対応いたしかねることをご了承ください。

ご利用者様氏名： _____ 様

入所時

義歯 補聴器 眼鏡 髭剃り

貴金属類 _____

その他 _____

確認日：R 年 月 日 確認者： _____ ご家族： _____

経過

紛失・破損・返却等

確認日：R 年 月 日 確認者： _____ ご家族： _____

確認日：R 年 月 日 確認者： _____ ご家族： _____

確認日：R 年 月 日 確認者： _____ ご家族： _____

入所サービスのご利用にあたって

ご利用様氏名

様

- 面会は午後 14:00～16:30 の間で各フロアの談話室で対応いたします
※1F 受付にて面会簿記入し、名札を付けてからフロアへお上がりください
- 午前中はフロアでの洗濯物の受け渡しのみの対応となります
- マスクの着用、手指消毒、体温の測定をお願いしております(入館時)
※入所中もマスク着用して頂いておりますので、マスク 1 箱入所時ご持参ください
- 飲食物は原則持ち込みいただけません
※食事量低下されている方など医師の指示より持ち込みを依頼する場合がございます。その場合はフロアでお預かりさせていただきます
- 外出や外泊については事前の連絡をお願いします。医師・看護師の確認を要します
- 居室については随時変更があります(個室除く)。入所される方の疾患・体調・麻痺の有無などにより、適切な居室にご案内する必要があるためです
- 入浴介助は週2回行います。車いすを使用される方は車椅子に敷くために計2枚のバスタオルが必要になります。体調不良で入浴が行えない場合は、身体を拭かせていただきます
- 歯ブラシは毎月交換いたします。入所当日に 3 本程ご持参ください
- 靴下は毎日交換いたします(水虫予防)。多めにご持参ください
- 靴は月に一度の交換となります。また、予備の靴がありましたら1足お持ちください
- 爪切りは感染対策の為個人持ちで使用します。入所時に一つご持参ください
- 衣類および持ち物すべてに記名をお願いします
マジックで名前が書けない場合は、お名前シールやアイロンワッペン等をご使用ください
- 衣類等に不足がある場合、電話で連絡させていただいております。ご了承ください
- 金銭の所持は電話代程度なら可能ですが、紛失する可能性もあり、保証できません
- 尿汚染の衣類は水洗い後のご返却となります
- 便汚染の衣類は酸素系漂白剤で消毒後のご返却となります
- 嘔吐物で汚染した衣類は塩素系漂白剤で消毒後のご返却となります。色落ちしてしまうこともありますが、ノロウイルス感染予防を優先させていただいております
- 洗濯をされる前には衣類のポケットの中身、下着などを一枚ずつ必ずご確認ください。入所サービスでは衣類に関して、汚染衣類の消毒/すすぎ以外の業務を行っておりません。ポケットの中身などの確認はできかねますのでご了承ください

- お貸した衣類は洗濯してからのご返却**をお願いします
※衣類に不足がある場合、一時的に衣類の貸し出しで対応しています
- パジャマ更衣を推奨**しておりますので、ご自宅で使用されていたものがありましたらお持ちください。パジャマは毎週交換いたします
(パジャマ更衣の希望 有 ・ 無) ← どちらかに○をつけてください
- 不用な貴重品類はお持ち帰り**ください。※ご希望ある場合はこの限りではありませんが、別途書類に記載していただいております
- 金銭や贈り物などのお心遣いをお受けすることは施設の規則で固く禁止**されており、置いて行かれた場合も返却させていただきますことをご了承ください。

確認事項等

- ① フロア内における**写真の掲示**を……
(同意します ・ 同意しかねます) ←どちらかに○をつけてください
- ② 季刊誌ナーシングだよりへの**写真の掲示**を……
(同意します ・ 同意しかねます) ←どちらかに○をつけてください
- ③ ご家族様以外の**面会に制限は**ありますか？
(特にありません ・ 制限します ⇒ _____)
- ④ 衣類の洗濯方法について
(ご家族様で洗濯 ・ 業者洗濯 ・ リース衣類) ←いずれかに○をつけてください

その他ご不明な点はスタッフに遠慮なくお尋ね下さい。ご利用者様の対応等につきましても、可能な範囲で対応させていただきますので、ご相談ください

ご家族様サイン _____

説明スタッフ _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

ナーシングプラザ流山 令和5年 9月5日 改定