

# ショートステイご利用時のご案内

介護老人保健施設 さとまち



## ◆電話受付時間

月曜日～土曜日 8:45～17:30 …… **0566-96-3511**

※留守番電話機能はございません。

上記以外の時間帯 …… **090-9355-5936**

※時間外のため、直ちにお電話に出られない場合があります。

時間外のご連絡は、できるだけ**緊急の場合にのみ**、お願いいたします。

### 1. 登録いただく連絡先について

ご住所、お電話番号等、連絡先に変更が生じた場合は、1F事務課へお知らせください。

### 2. 転院について

入所中の健康管理は当施設の医師が行いますが、容態急変時においては、病院に入院、治療となることがあります。入院先は、基本的には協力病院（八千代病院）となります。

尚、ショートステイご利用中に通院された場合は「退所」となり、お荷物のお引き取りをお願いすることになります。

### 3. 入所中の衣類の洗濯について

洗濯、及び衣類のほころび対応やボタン付け等は、ご家族様にお願いしています。但し、汚染された場合など早急な洗浄が必要な場合は、施設で洗濯させていただく場合があります。洗濯物の交換場所は、「利用者様の居室」「エレベータ前」「1F受付前」など、状況により変わりますので、都度ご案内させていただきます。

尚、17:30以降に交換される場合は、ロッカーでのセルフ交換（20:00まで）となります。

その場合、**当日17:00までにお電話での予約（0566-96-3511）が必要**となります。

### 4. 利用者様とのご面会について

8:45～20:00までの時間帯でご面会いただけます。

但し、感染等の状況が生じた場合は、ご面会の方法や頻度に、制限を設けることがあります。

また、ご家庭からのSkype面会は、通年、予約制で実施しています。

ホームページよりご予約いただけますので、ご活用ください。





## 5. 入所中の生活についてご案内

1日の過ごし方	
7:00	起床
7:30	朝食
9:00	入浴 (午後の場合は13:30) リハビリテーション (午後の場合は13:30)
12:00	昼食
15:00	おやつ
18:00	夕食
20:00	就寝

### ◆食事

利用者様の状態に応じて提供します。特にご希望があればお申し出ください。

### ◆入浴

基本は週2回です。行事や祭日の都合で変更することがあります。入浴時に更衣をします。

### ◆自動販売機

1階及び2階に自動販売機を各1台設置しています。

### ◆理髪

毎月、第2・第4金曜日に、ご希望の方へ実施します。料金は料金表をご確認ください。

### ◆その他

シーツ交換は週1回です。また、必要に応じて実施します。電気製品を使用される際は、職員へお申し出ください。

## 6. ショートステイ利用時の持ち物について

	持ち物	数量		持ち物	数量
<input type="checkbox"/>	上着		<input type="checkbox"/>	義歯	
<input type="checkbox"/>	ズボン		<input type="checkbox"/>	補聴器	
<input type="checkbox"/>	肌着・下着		<input type="checkbox"/>	時計	
<input type="checkbox"/>	靴下		<input type="checkbox"/>	眼鏡	
<input type="checkbox"/>	パジャマ		<input type="checkbox"/>	電気カミソリ	
<input type="checkbox"/>	上靴(動きやすいもの)		<input type="checkbox"/>	車椅子	
<input type="checkbox"/>	内服薬		<input type="checkbox"/>	シルバーカー	
<input type="checkbox"/>	外服薬		<input type="checkbox"/>	杖	
<input type="checkbox"/>	マスク		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

※持ち物には **お名前を記入** してください。

※衣類は  内を **1セットずつ、洗濯ネットに入れて** ご用意ください。

※電気毛布やホッカイロの使用は、低温火傷の可能性があるためご遠慮願います。

※お荷物の管理には注意しておりますが、万一紛失の場合はご了承願います。

※お小遣いの自己管理が難しい場合は、施設でお預かりすることができます。



#### 7. ご利用前の健康状態等について

体調不良や発熱が確認される場合は、確認された時点でご連絡願います。また、ご本人又は同居されている方が感染症を発症された場合も、ご一報ください。これらの状況により、ご利用を控えていただく場合がありますので、ご了承ください。

#### 8. 利用者様の食品の持ち込み・お預かりについて

利用者様にとって、お食事は入所中の楽しみの一つであり、栄養・安全面に細心の注意を払った上で、美味しくお召し上がりいただきたいと考えています。つきましては、**施設でご提供する食べ物以外の飲食物を、自己管理でお召し上がりになることは、栄養・安全面を配慮し、ご遠慮いただいています。また、施設でお預かりすることもお断りしています。**

但し、療養上必要と施設医が認めた場合に限り、施設で管理させていただき、お持ちいただいた飲食物をお召し上がりいただく場合があります。その場合も、**生ものや日持ちのしないものはお預かりすることができません。**万一、ご自身で保管されていたものを飲食された場合は、責任を負えない場合もございます。



## 9. ご利用中における感染症への対応について

当施設ではインフルエンザの感染又は濃厚接触者となられた利用者様に、タミフルの内服をおこなっております。タミフルの内服は感染後又は接触後48時間以内に内服する事で効果が認められることから、早めの内服が必要となります。感染又は濃厚接触者となられた場合、素早く内服をして頂くために、**ご家族様へのご連絡が事後報告となります**ことをご承知願います。

また、コロナやインフルエンザなどの感染症を発症された場合、及び疑いが生じた場合につきましては、拡散防止のため、急遽、居室の移動や入浴の中止を決定する場合がございます。**ご家族様へのご連絡が事後報告となる場合がございます**ことを、あらかじめご了承ください。

# ショートステイ利用者様の体調確認のお願い

お預かりする大切なご家族の体調管理や、他に利用されている方への感染防止のために、以下の情報をご提供いただきたく、ご協力をお願いいたします。

氏名 \_\_\_\_\_様 記入日 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日( )

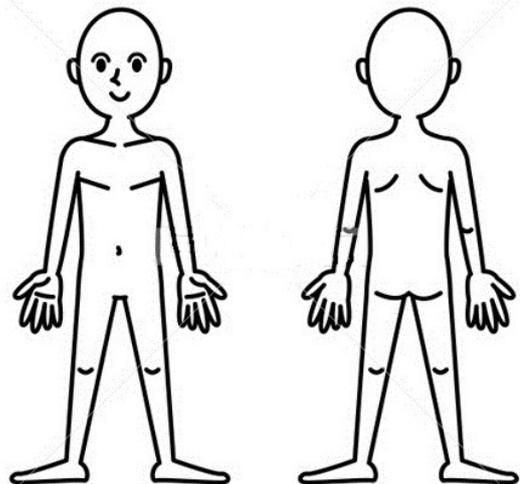
3日前の体温 \_\_\_\_\_℃ ご利用期間 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 : (家族送迎・施設送迎)

2日前の体温 \_\_\_\_\_℃ ~ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 : (家族送迎・施設送迎)

前日の体温 \_\_\_\_\_℃

当日の体温 \_\_\_\_\_℃  
( 時 分頃)

平熱 \_\_\_\_\_℃



- ご本人の身体面で気になる**症状**や**傷**があれば、  
右の図に**場所** **症状** **処置** を  
記入してください。

- 1週間以内に、転倒はありましたか(有・無) 有の場合 受診されましたか(有・無)

- 1週間以内に、ご本人に以下の症状があれば○で囲んでください。

症状：発熱・下痢・腹痛・嘔気・嘔吐・咳・鼻水・くしゃみ・痰・頭痛・喉の痛み・身体のだるさ

時期： \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 その時の体温： \_\_\_\_\_℃

- 1週間以内に、体調を崩された同居の方はみえますか？ (はい・いいえ)

※「はい」と回答された方は、以下の該当するものに○を付け、

その時期や体温についてもご記入ください。

症状：発熱・下痢・腹痛・嘔気・嘔吐・咳・鼻水・くしゃみ・痰・頭痛・喉の痛み・身体のだるさ

時期： \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 その時の体温： \_\_\_\_\_℃

- 最終排便 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日( )

- コロナワクチン予防接種は何回目を終えていますか？(未接種・【 】回目→ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日)

- インフルエンザ予防接種終えていますか？ (はい・いいえ) \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

- その他最近のご様子やスタッフへ連絡がありましたらしたスペース、もしくは裏へご記入ください。

※ 飲み薬の変更があればお薬手帳、又は薬剤情報の持参を(お荷物の中に)お願いします。

※ 感染症の症状のある方は、サービス利用についてご相談させていただくことがございます。

スタッフがお迎えに行く前に、必ずご一報いただきますようお願いいたします。

ご協力ありがとうございました  
介護老人保健施設さとまち

# ショートステイ利用者様の体調確認のお願い

お預かりする大切なご家族の体調管理や、他に利用されている方への感染防止のために、以下の情報をご提供いただきたく、ご協力をお願いいたします。

氏名 さとまち太郎 様 記入日 〇〇月〇〇日(  )

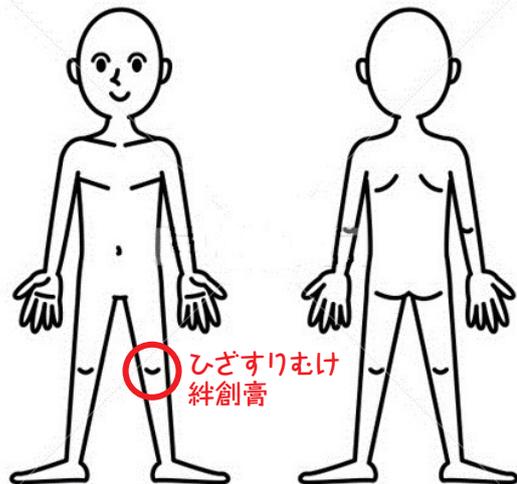
3 日前の体温 36.2 °C ご利用期間 △△月▽▽日 13:30 (家族送迎・施設送迎)

2 日前の体温 36.5 °C ~ △△月▽▽日 15:15 (家族送迎・施設送迎)

前日の体温 36.3 °C

当日の体温 36.5 °C  
(  時  分頃 )

平熱 36.5 °C



- ご本人の身体面で気になる症状や傷があれば、右の図に  場所  症状  処置 を記入してください。

- 1 週間以内に、転倒はありましたか(  有 ・ 無 ) 有の場合 受診されましたか( 有 ・  無 )

- 1 週間以内に、ご本人に以下の症状があれば○で囲んでください。

症状：発熱・下痢・腹痛・嘔気・嘔吐・咳・鼻水・くしゃみ・痰・頭痛・喉の痛み・身体のだるさ

時期： ▽月 ▽日 その時の体温： 36.6 °C

- 1 週間以内に、体調を崩された同居の方はみえますか？ ( はい ・ いいえ )

※「はい」と回答された方は、以下の該当するものに ○ を付け、その時期や体温についてもご記入ください。

症状：発熱・下痢・腹痛・嘔気・嘔吐・咳・鼻水・くしゃみ・痰・頭痛・喉の痛み・身体のだるさ

時期： ▲月 ▲日 その時の体温： 36.8 °C

- 最終排便 月 日(  )

- コロナワクチン予防接種は何回目を終えていますか？ (未接種・【  】回目→ 月 日)

- インフルエンザ予防接種終えていますか？ (  はい ・ いいえ ) 10月15日

- その他最近のご様子やスタッフへ連絡がありましたらしたスペース、もしくは裏へご記入ください。

**例文：最近食欲がないので、どんなものだと食べやすいかを分かたら教えてください。**

※ 飲み薬の変更があればお薬手帳、又は薬剤情報の持参を(お荷物の中に)お願いします。

※ 感染症の症状のある方は、サービス利用についてご相談させていただくことがございます。

スタッフが迎えに行く前に、必ずご一報いただきますようお願いいたします。

ご協力ありがとうございました  
介護老人保健施設さとまち

# 入所ご利用時のご案内



## さとまちショートステイご利用の際に お薬についてのお願い

ショートステイご利用時は「いつ」、「誰の」お薬なのか、分かるように分包のご協力をお願いしています。

理由として、他の方とお薬が間違わないようにするため、どのタイミングで内服するかを間違いのないようにするため、お願いをさせていただいています。

※例)

