



利用者  
( ) 様

施設ご利用の利用者様とご家族様へ



独立行政法人地域医療機能推進機構  
滋賀病院附属介護老人保健施設  
電話番号:077-537-3102



入所前	入所日 ( ) 予定( 年 月 日)	1か月後 予定( 年 月 日)	退所前 予定( 年 月 日)	退所日・退所後 予定( 年 月 日)
<input type="checkbox"/> ①まずはお電話をください。 077-537-3102  <input type="checkbox"/> ②相談員が相談をお受けします。  <input type="checkbox"/> ③入所の目的、退所後の希望をお伺いします。  <input type="checkbox"/> ④老健施設の役割を説明します。  <input type="checkbox"/> ⑤家庭生活(家屋状況・介護力等)に関する情報についてお聞かせください。  <input type="checkbox"/> ⑥当施設入所の申し込みをします。必要書類の提出をお願いします。 <input type="checkbox"/> 面談にはご家族様もご同行ください。 <input type="checkbox"/> 判定会議→入所可  <input type="checkbox"/> ⑦契約 細かい説明を行います。	<input type="checkbox"/> ①ご家族の方に各種手続きをしていただきます。  <input type="checkbox"/> ②医師の説明があります。  <input type="checkbox"/> ③持参物の記名の確認と荷物の整理を行って下さい。	<input type="checkbox"/> ①ご家族の方は適宜面会をお願いします。 (やる気につながります)  <input type="checkbox"/> ②困ったことやお気づきの内容をお聞かせください。  <input type="checkbox"/> ③今後の方向性について話し合いを行います。	<input type="checkbox"/> ①必要時には在宅訪問にうかがいます。  <input type="checkbox"/> ②在宅に帰るにあたって、必要情報の交換を行う会議を行います。  <input type="checkbox"/> ③最終的な退所日が決まります。	<input type="checkbox"/> ①必ず詰所にお立ち寄りください。  <input type="checkbox"/> ②ご家族の方に各種手続きをしていただきます。印鑑を持参して下さい。