

救急隊医療情報提供票

施設名 特別養護老人ホーム タムスさくらの杜 練馬アネックス

住所 東京都練馬区土支田2-36-16

TEL 03-5935-6705

お願い ※状況が変りましたら、適宜更新をして下さい。

ご家族等が救急車に同乗できない場合には、施設職員の同乗をお願いします。

可能な限り提携病院・協力病院等に連絡し、収容医療機関を確保してください。

※ この情報は緊急時に救急隊へ渡しスムーズな病院連絡や医師への引継ぎに使用します。
なお、使用後の「救急隊医療情報提供票」は、処分いたします。

記載年月日	令和 年 月 日	①(事前に記載してください)	
入居者	フリガナ	生年月日	
	氏 名 男・女	M T S	年 月 日 (歳)
	住 所	TEL	
① 緊急連絡先	氏 名 続 柄	TEL ー ー	携帯 ー ー
	住 所	※緊急連絡 済・未	
② 緊急連絡先	氏 名 続 柄	TEL ー ー	携帯 ー ー
	住 所	※緊急連絡 済・未	
掛かりつけ又は協力医療機関等			
①	医療機関名	主治医氏名	
	TEL	診療科目	
①	医療機関名	主治医氏名	
	TEL	診療科目	

備 考

ご入居者・ご家族様 各位

タムスさくらの杜 練馬アネックス 施設長

MRI・CT 検査のお勧め及び同意書

毎年、高齢者施設では脳血管疾患や認知症の進行ならびに身体の急激な変化等によりご入院になられるご入居者様が多数おられます。当施設といたしましても担当医師と相談のうえ、疾患などの早期発見、早期治療の必要性から年1回もしくは2回

のMRI検査(またはCT・心電図・レントゲン)をお勧めしております。ご入居者の皆さまにいつまでもお元気で生活して頂くためにも何卒、ご検討頂けますようお願い申し上げます。

～ MRI・CT とは? ～

磁石(磁場)を利用して体内の情報を画像化するもので、あらゆる角度から脳の断層撮影を行います。人体に対して無侵襲ですので、苦痛がなく安心して検査が受けられます。

また、検査では、脳梗塞、脳出血、脳腫瘍など、脳の異常もチェックします。

これらの疾患は自覚症状がない場合も多く、早期発見による処置が大切です。

特に高齢者の方は痛みを感じても我慢したり、認知症の方は不調を訴えることができない場合もあるため、検査による疾患の発見はとても有効と考えられています。

○MRI 検査ができない方(そのときはCT 検査に移行します)

- ・心臓ペースメーカーが入っている方 ・頭部手術歴のある方
- ・磁石を使った義歯を使っている方

○費用(費用は検査の内容によって異なります)

1割負担の方 2,100～3,000円

3割負担の方 6,500～7,600円

○その他

- ・検査の予約及び付き添いは、施設が対応いたします。
- ・お支払については、毎月の請求と併せてご請求させて頂く予定でございます。
- ・検査時期については、ご本人の体調等考慮し、施設の方で判断させて頂きます。

令和 年 月 日

社会福祉法人 春和会

特別養護老人ホーム タムスさくらの杜 練馬アネックス

ご入居者 住 所

氏 名 印

ご家族様(代理人) 氏 名 印

(お問い合わせ) タムスさくらの杜 練馬アネックス 生活相談員 電話: 03-5935-6705

訪問歯科診療同意書及び申込書

口腔ケアは、誤嚥性肺炎予防の中心として位置づけられています。
 当院では、これに基づき専門的かつ定期的に口腔ケア及び必要に応じて
 歯科治療や摂食指導を実施しております。ご理解の程、宜しくお願い致します。

年 月 日

施設名	特別養護老人ホーム 練馬アネックス		部屋番号：		
入居者様氏名	フリガナ：	男・女	生年月日	明・大・昭	
				年 月 日	
				歳	
御家族連絡先	〒 住所：				
	氏名：			続柄	
	電話：			携帯：	
	備考：				

＊本申込書の記載事項、検診時に知りえた情報は、個人情報保護法に基づき
 歯科診療サービスのみに使用し、それ以外の目的に使用する事は一切致しません。

医療法人社団 さくら

川口さくらデンタルクリニック

〒333-0832

埼玉県川口市神戸 258 番地 2 川口さくらテラス 1 階

電話番号：048-229-8411

FAX：048-229-8450

救急搬送についての意向確認書

当施設はご入居者の方の様態が悪くなられたときに「こうして欲しい。」というご意思やご要望をお伺いしております。

予想された疾患(医師の診断をすでに受けている疾患)が進行した時や、高齢者に高い確率で起こりうる心不全や呼吸不全、脳卒中等で生命の危機に陥った時、ご入居者に意思確認が出来る状態ではなく、ご家族にも連絡が付かない場合に、治療行為をどこまで希望されるかを事前に確認させていただければと思います。救急搬送する際に、救急隊員や搬送先の医師にご入居者やご家族の意向を当施設の職員が代わりに伝えるための確認書類となりますので、ご協力のほど、宜しくお願い致します。

※延命を希望されない場合でも、救急隊が到着するまでの間、当施設にて心臓マッサージと AED を施行させていただきます。予めご承知おください。

質問事項	回答項目(チェックボックスにレ点をご記入ください)
①医療行為について伺います。	<input type="checkbox"/> 出来る事全てを行って延命を希望。 <input type="checkbox"/> 気管内挿管 <input type="checkbox"/> 強心剤の使用 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 点滴・酸素程度の延命なら希望。(本人に痛みのない程度) <input type="checkbox"/> 延命にあたる一切の行為を希望しない。 <input type="checkbox"/> その他 _____ ※自由記入欄
②搬送先のご希望について伺います。	<input type="checkbox"/> 救急隊の判断にお任せ <input type="checkbox"/> 希望病院に搬送して欲しい 第1希望【 _____ 】 第2希望【 _____ 】
③その他、ご要望を伺います。	その他、ご要望がございましたら、ご記入をお願いします。
④連絡先について伺います。	緊急時のご連絡先のご記入をお願いします。 ・第1希望 _____ (続柄) _____ TEL: _____ ・第2希望 _____ (続柄) _____ TEL: _____

※その時の状況、救急隊、医師の判断によりご希望に添えない場合もございます。

※上記内容は変更が可能となります。意向の変更を希望される場合は、当施設までご連絡ください。

※ご不明点ございましたら、当施設看護師までお問い合わせください。

年 月 日

入居者氏名 _____ (印)

身元引受人 _____ (印)

訪問理美容エムシャンティ

練馬さくらの杜アネックス理美容申込書

1

申請日	年 月 日
フロア	
ご入居様氏名	
ご家族代表者	
ご住所	
電話番号	

2

希望日に○をつけて下さい。

	令和 4 年 1 月 20 日 木曜日
	2 月 17 日 木曜日
	3 月 17 日 木曜日
	4 月 21 日 木曜日
	5 月 19 日 木曜日
	6 月 16 日 木曜日
	7 月 21 日 木曜日
	8 月 18 日 木曜日
	9 月 15 日 木曜日
	10 月 20 日 木曜日
	11 月 17 日 木曜日
	12 月 15 日 木曜日

3 メニュー

チェック欄	ご希望メニューに○をつけてください。	
	カット	2200円
	カット＋白髪染め	8800円
	カット＋パーマ	8800円
	カット＋ヘナ染め	9900円
	上記のメニューに＋お顔そり	＋550円
	お顔そりのみ	1650円
	() ヶ月に一回実施	
毛染め、パーマの施術の予約に関しましては、受付にてご相談ください。		
メモ欄		

年間スケジュールは、諸事情により予告なく変更する場合があります。

4

男性	ご希望に○をつけてください。
	丸刈り (1mm 2mm 3mm 6mm 9mm 13mm)
	スポーツ刈り
	耳を出す程度の長さ
	おまかせ (短め 長め) バリカン使用 (する しない)

女性	ご希望に○をつけてください。
	男性のように、とにかく短く。 (横、後ろを刈り上げる)
	刈り上げ (横と後ろ 横のみ 後ろのみ)
	耳を出す程度の長さ
	耳を半分出す程度の長さ
	耳たぶの長さ
	あごの長さ
	前髪 (短め 長め おまかせ)

お問い合わせ先

エムシャンティ(担当)マキノ 048-991-0170

*技術的なお問い合わせは練馬さくらの杜アネックスではなく
お手数ですが直接、エムシャンティ(担当マキノ)
まで、お問い合わせ下さい。

医療的処置が必要な方のお受入れに関して

令和4年4月1日現在

医療的処置の内容	お受入れの可否	備考（お受入れ可能条件等）
インスリン注射	△	看護師が勤務している日勤帯で対応可能な方 又は、自己注射、自己管理が可能な方は可
血糖値測定（BSチェック）	△	看護師の勤務している日勤帯で対応可能な方は可
褥瘡（床ずれ）	△	軽度なら可、その他治療済みなら可
胃ろう	△	自己抜去の危険性がなければ可 お受入れの人数制限があります
経鼻経管栄養	×	
在宅酸素	△	自己抜去、酸素流量の自己調整等の危険性がなく、酸素使用の認識ができている方であれば可
人工呼吸器	×	
膀胱留置（バルーン）カテーテル	△	自己抜去の危険性がなければ可
ストーマ（人工肛門）	△	理解力の低下により損傷の危険性のある方は不可 増設直後の方は、要相談
定時導尿	×	
人工透析	×	
痰の吸引	△	吸引頻度が高い方は不可
点滴	×	
IVH（中心静脈栄養）	×	
皮下埋め込み型ポート（CVポート）	×	
疼痛ケア	×	
ペースメーカー	○	
ネブライザー	×	
結核	×	陈旧性は可、活動性は不可
疥癬	△	治療が完治していれば可
緑膿菌	×	
B型肝炎（HBV）、C型肝炎（HCV）	△	抗原(+)の場合は、検査結果を要提出
MRSA	△	鼻腔、咽頭検査(+)は、(-)になってから

○：お受入れ可能です △：条件付きでお受入れ可能です ×：お受入れ不可です

※上表において△の場合は、面接により状態を拝見させていただいた上で判断させていただきます。

※身体拘束が常時必要な方は、ご入居不可となります。

※特別養護老人ホームは生活の場であり、病院ではありません。ご入居後は、当施設の配置医が往診を週1～2回行います。往診医での対応が困難な場合は、外部医療機関への受診はご家族様へ対応をお願いすることがございます。