

入所をご希望の方へ

拝啓 皆様におかれましては、ますます御清祥のこととお慶び申し上げます。
このたびは介護老人保健施設 愛しやにご興味をお持ちいただき、誠にありがとうございます。

入所をご希望される際には、下記のとおりご準備をお願い致します。
すべての書類がそろった時点で、受付とさせていただきます。

- ・ **ご家族様でご記入いただくもの**

入所申込書、同意書

- ・ **入所中の施設で作成いただくもの**

診療情報提供書、日常生活活動調査票

- ・ **コピーを提出いただくもの**

介護保険証、後期高齢者医療被保険者証

不明な点や見学希望があれば、担当者までお問い合わせください。
よろしくお願いいたします。

敬具

介護老人保健施設 愛しや
支援相談員 堅多 麻依子

〒659-0032 兵庫県芦屋市浜風町 31-3

TEL:0797-23-7300

FAX:0797-23-7306

【ご利用料金例】

◎入所後 3 カ月間の料金例です

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
第 4 段階 (1 割負担)	¥120,904	¥123,575	¥125,930	¥127,969	¥129,832
第 4 段階 (2 割負担)	¥169,808	¥175,150	¥179,860	¥183,937	¥187,663
第 4 段階 (3 割負担)	¥218,712	¥226,725	¥233,790	¥239,906	¥245,494
第 3 段階②	¥104,404	¥107,075	¥109,430	¥111,469	¥113,332
第 3 段階①	¥82,204	¥84,875	¥87,230	¥89,269	¥91,132
第 2 段階	¥73,504	¥76,175	¥78,530	¥80,569	¥82,432
第 1 段階	¥57,904	¥60,575	¥62,930	¥64,969	¥66,832

◎入所後 4 カ月以降の料金例です

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
第 4 段階 (1 割負担)	¥108,840	¥111,510	¥113,850	¥115,890	¥117,750
第 4 段階 (2 割負担)	¥145,650	¥150,990	¥155,700	¥159,780	¥163,500
第 4 段階 (3 割負担)	¥182,460	¥190,470	¥197,550	¥203,670	¥209,250
第 3 段階②	¥92,310	¥94,980	¥97,350	¥99,390	¥101,250
第 3 段階①	¥70,110	¥72,780	¥75,150	¥77,190	¥79,050
第 2 段階	¥61,410	¥64,080	¥66,450	¥68,490	¥70,350
第 1 段階	¥45,840	¥48,480	¥50,850	¥52,890	¥54,750

* リハビリの実施回数や身体状況に応じて多少の増減はあります

* 表中料金は、認知症棟の多床室をご利用の場合です

◎この他に必要な費用

- ・テレビ代：100 円/日(レンタル)、30 円/日(持ち込み)
- ・理美容代：1,500 円/回
- ・クリーニング代：7,300 円/月

老人保健施設 愛しや 入所申込書

この度、老人保健施設 愛しやの入所申込開始にあたり、入所を申し込みます。

申込日 年 月 日

入所希望者

ふりがな				介護 保 険 証	保 険 者	
氏 名	⑩				被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 ____年 ____月 ____日				要介護度	1・2・3・4・5
年 齢	歳	性 別	男・女		認定有効期間	____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日
現 住 所	〒					電話番号 ()

申込代理者(申込者)

ふりがな		続 柄	
氏 名	⑩		
連絡先	〒		
		自宅電話番号	()
		携帯電話番号	()

※ 施設より連絡を入れても差し支えない連絡先をご記入ください。

上記入所希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望します。
なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時期	早急に・ ____年 ____月 以降		特養申込	している(箇所)・していない	
申込理由					
現況	独居 ・ 高齢者所帯 ・ 家族同居 入院中(病院名 入院日 年 月 日～) 入所中(施設名 入所日 年 月 日～)				
主治医	病院名		TEL	()	
	医師名				
相談窓口	無・有【介護事業所・市(区)役所・在宅介護支援センター・その他()】				
	居宅介護支援事業所：		事業所電話番号		
		ケアマネージャー名：		()	
現在利用している介護サービス					
退所後の予定		自宅で一人暮らし ・ 自宅で家族と同居 ・ 他施設 その他()			

日常生活活動調査票

入所希望者名 _____ 記入者 _____ (続柄 _____)

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

生活状況	移 動	独歩・杖・歩行器・車いす リクライニング車いす・ストレッチャー		介 助	自立・一部介助・ 全介助	
	転倒・ 転落の 危険性	歩行の場合 ・ふらつき ある ・ 時々ある ・ ない ・転倒の危険性 高い ・ やや高い ・ あまりない				
		車いすの場合 ・車いすからの立ち上がり、又はずり落ちて、転倒・転落する可能性 ある ・ 時々ある ・ ない				
		ベッドで寝ている場合 ・ベッドから転落する可能性 ある ・ 時々ある ・ ない				
	食 事	主) 普通・軟飯・粥・ミキサー		介 助	自立・一部介助・全介助	
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー				
		食種: 普通食・糖尿食・腎臓食 その他()				
		トロミ: 無・有(強さ)		摂取 カロリー	kcal	
	排 泄	日 中	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ ()		介 助	自立・一部介助・全介助
		夜 間	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ ()		介 助	自立・一部介助・全介助
更衣	上 衣	自立・一部介助・全介助 ()		下 衣	自立・一部介助・全介助 ()	
入 浴	一般浴・介助浴・特浴		介 助	自立・一部介助・全介助 ()		
身体状況	身長・体重	cm	kg	眼 鏡	有・無	
	視 力	普通・大きな文字だと見える ほぼ見えない・見えない		目 薬	有・無 ()	
	聴 力	普通・大声だと聴こえる ほぼ聴こえない・聴こえない		補聴器	有・無	
	理解力	普通・分かりにくい・分からない ()		発 語	普通・やや不自由・不自由 ()	
	精神状態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・その他)				
	認知症	無・有()				
	問題行動 (困った行動)	無・有 (暴言・暴力・徘徊・不潔行為 その他)				
健康状況	現病歴 (現在の病名)					
	既往歴 (過去の病名)					

健康状況	服薬中の薬名	無・有 ※薬局等にて発行する書面(お薬手帳のコピー等)を添付			
	医療の状況	胃ろう・経鼻栄養・CVポート・バルーンカテーテル・人工肛門・インシュリン注射・在宅酸素 その他()			
	感染症	無・有()			
	アレルギー	無・有()			
	皮膚状態	普通・弱い			
	湿疹	無・有 (部位			
	便秘	無・有(服薬:無・有)			
	睡眠	良・不良(服薬:無・有) 夜間の様子:			
	麻痺	無・有 (部位:左上肢・右上肢・左下肢・右上肢・その他()			
	拘縮	無・有 (部位:左上肢・右上肢・左下肢・右上肢・その他()			
	褥瘡	無・有 (部位:)			
	嚥下	むせない・時々むせる・毎回むせる			
義歯	無・部分義歯(上・下)・総義歯(上・下)	口腔 保 清	自立・一部介助・全介助 ()		
本人の生活状況	昔の仕事				
	趣味				
	好きなこと				
	性格				
	収入額	1か月 円 (年金・資産収入・生活保護)			
介護の状況	主たる介護者氏名		年齢 才	性別 男・女	続柄
	就労状況等	就業中・共働き その他()			
	介護期間	年 月 頃から		その他の介護者 無・有(名)	
	現在利用している介護サービス				

介護老人保健施設 愛しや 診療情報提供書

フリガナ 氏名		様		M・T・S 年 月 日生 歳		男・女	
住所 〒							
TEL ()							
主たる傷病名				既往歴			
発症年月日 年 月 日							
現在の 身体 状況	運動障害 無 ・ 有 状態:						
	知覚障害 無 ・ 有 状態:						
	精神障害 無 ・ 有 状態:						
	言語障害 無 ・ 有 状態:						
	その他の障害 無 ・ 有 状態:						
	褥瘡 無 ・ 有 状態:						
現在までの経過				老人保健施設入所に関する意見			
睡眠:良・不良(薬品) 認知症:無・有(軽度・中度・高度) 問題行動:無・有 幻覚 妄想 昼夜逆転 徘徊 暴言 暴行 異食行動 介護への抵抗 不潔行為 放尿 ろう便 その他()				投与中の薬剤、現在の治療状況 (ジェネリックを使用の場合一般名を併記願います)			
お手数ですが、右記の項目 について検査を実施の上、 検査結果を添付して下さい。 (レントゲン写真・心電図を含む)		ルーチン検査:RBC、WBC、Hb、Ht、PLT、総蛋白、ALB、BUN、クレアチニン、尿酸、LDL-cho、 HDL-cho、CRP、TG、GOT、GPT、血糖、Na、K、cl、HbA1C 感染症検査 :HCV、HBs 抗原、梅毒反応、MRSA、疥癬(完治日) 検尿 :蛋白、糖、潜血 その他 :胸部X線、ECG					
医療機関名							
所在地 〒							
TEL							
医師名							
印							

同意書

この度、『老人保健施設 愛しや』に入所申込を行うに際し、下記の事項について同意します。

記

- 入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等にこの申込内容を情報提供すること。
- 当施設が、市町等から私(入所希望者)の介護認定情報の提供を受けること。
- 申込書類について、虚偽の記述があった場合には、申込及び入所決定を取り消されること。
- 面談に至らなかった場合、もしくは、入所していただくことが出来なかった場合などについて、その理由などを
含め、異議申立や質疑などを行わないこと。
- 法人から診断書等の提出を求められた場合は、速やかに対応すること。

以上

_____年 ____月 ____日

社会福祉法人 明倫福社会

理事長 宮地 千尋 様

入所希望者氏名 _____^⑩

申込代理者氏名 _____^⑩

同意書

〔お客様控え〕

この度、『老人保健施設 愛しや』に入所申込を行うに際し、下記の事項について同意します。

記

- 入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等にこの申込内容を情報提供すること。
- 当施設が、市町等から私(入所希望者)の介護認定情報の提供を受けること。
- 申込書類について、虚偽の記述があった場合には、申込及び入所決定を取り消されること。
- 面談に至らなかった場合、もしくは、入所していただくことが出来なかった場合などについて、その理由などを
含め、異議申立や質疑などを行わないこと。
- 法人から診断書等の提出を求められた場合は、速やかに対応すること。

以上