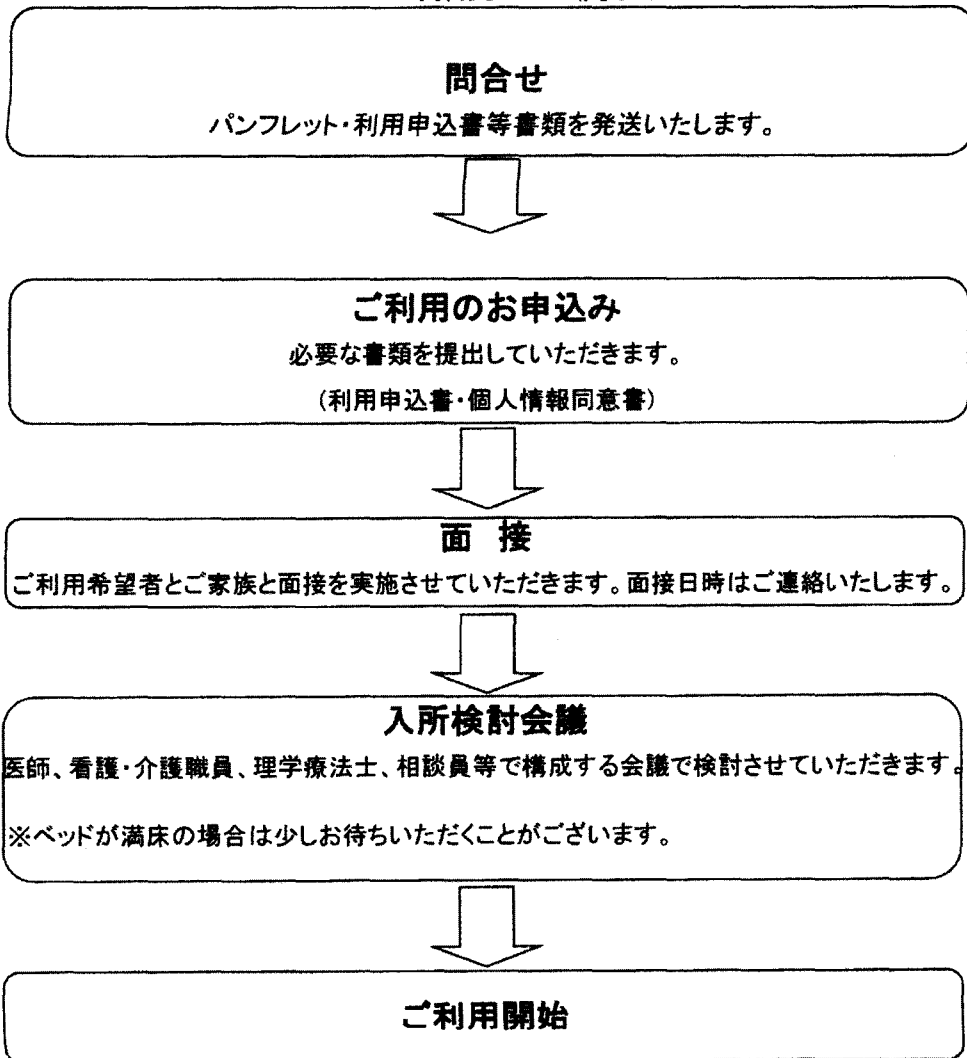


平成 年 月 日

ご利用手続きのご案内

このたびは、「ほほえみの郷 横浜」お問い合わせいただきありがとうございます。
ご利用希望者の現況等を把握するため、ご家族の方とご利用者との面接を実施したいと思います。
面接日は、ご相談の上決定し、ご連絡します。
「利用申込書」・「個人情報使用同意書」ご記入の上 ご返送下さい。

<ご利用までの流れ>



問合せ先 医療法人社団 悠仁会 介護老人保健施設 ほほえみの郷 横浜
〒241-0806 横浜市旭区下川井町220-1

TEL:045-955-5577FAX:045-951-2991

支援相談員 京谷 田中 久田

利用申込書

平成 年 月 日

利用者	フリガナ氏名	性別	年齢	歳						
		男	女	生年月日	M	T	S	年	月	日
	住所	〒								
		TEL								
	介護保険	保険者番号	被保険者番号							
介護度	1	2	3	4	5	申請中(/ 付)		区分変更中(/ 付)		
介護保険負担限度額		1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階								
申込者1	フリガナ氏名	続柄								
(ご家族)	住所	〒								
		TEL								
		携帯番号			メールアドレス					
申込者2	事業所名 病院名	担当者名								
(ケアマネ)	住所	〒								
(医療相談員)		TEL								
		携帯番号			メールアドレス					
利用希望	平成 年 月 日～									
現在の状況	1 自宅 *在宅サービス・訪問介護・訪問看護・訪問診療・通所サービス・短期入所・その他									
	2入院(所)中 病院名(施設名)				入院(所)日 平成 年 月 日より					
身体状況	・移乗(歩行、杖歩行、車椅子)・食事(経口可能、不可)・排泄(自立、誘導、オムツ対応)									
医療情報	・既往歴									
	・服薬状況									
その他状況										
問い合わせ先	医療法人社団 悠仁会 介護老人保健施設 ほほえみの郷 横浜									
連絡先	〒241-0806 横浜市旭区下川井町220-1 TEL:045-955-5577 FAX:045-951-2991									

日常生活動作 (ADL) 調査票 の 記入方法

《ご本人様が現在行える動作・内容・行動について、
当てはまる箇所に“○”（頻度が“ときどき”の場合は“△”）
をご記入ください。》

有・ときどき・無 について

- 有** : よく有る状態。だいたい、1日の中で何回か有る場合。
ときどき : ときどき有る状態。だいたい、1週間で何回か有る場合。
無 : ほとんど無い状態。有ってもだいたい1ヶ月で数回の場合。

レベル (自立・一部介助・全介助) について

- 自立** : セッティング(用意すれば)・声かけ・見守りなど行えば、だいたいご自分で行える場合。
一部介助 : ご自分でも行なえる部分があるが直接介助が必要な場合。
全介助 : その動作に対し全面的に介助が必要な場合。

☆ 一部介助に当てはまる場合は、備考欄に必要な介助内容をご記入ください。

- 例) **食事** ・多少食べこぼしがあっても召し上がる動作が可能であれば**自立**。
・時間がないので介助してしまうがゆっくりでもご自分で召し上がれる場合は**自立**。
・一気に召し上がりむせてしまうので少しずつ分けて提供する場合は**一部介助**。
- 更衣** ・準備しておけば着替えられる場合は**自立**。
・着る順番がちぐはぐで一つずつ手渡す場合は**一部介助**。

内容について

該当する場合は () 内の空欄にもご記入ください。その他気になる点などございましたら空欄や備考欄にご記入ください。

- 食事** : 『粥』は、全粥、3分・5分粥などを含みます。詳細は備考欄にご記入ください。
: 『一口大』は食べやすい大きさにほぐしたり、一口大にカットする。『ミジン』は細かいみじん切りです。その他の工夫などは、備考欄にご記入ください。
: 『食欲』は、ときどき・無の場合、普段どのくらいの量を召し上がれるのか全体の『何割』くらいとご記入ください。
- 入浴** : 『中間浴』は、リフト浴やチェア浴・シャワー浴と呼ばれる中間的な入浴方法です。詳細や工夫は備考欄にご記入ください。

意思疎通について

言葉による会話が可能であれば普通。会話に工夫が必要であれば困難でその理由・方法をお書きください。

- 困難の例**) ・言語障害があり、筆談による会話が必要な場合。“言語障害あり。会話は筆談。”
・認知症による場合。“その場の受け答えのみ” “認知症重度の為、疎通困難”

行動について

当てはまる行動がある、又はそれ以外の行動がある場合は、具体的な様子にご記入ください。

- 不潔行為** : オムツはずしや便をさわる行為。放尿や放便も含まれます。
昼夜逆転 : 昼間寝ていて夜起きている逆転傾向の状態。夜間不眠も含まれます。
異食 : 食べられないものを口に入れる行為。

個人情報使用同意書

私は、適切な介護保険サービスを利用するために、市町村、居宅介護支援事業者等への必要な情報提供、あるいは、医療機関等への療養情報を提供することに同意します。

医療法人社団 悠仁会 ほほえみの郷 横浜
施設長 石井 修 様

平成 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

印

<申込者>

住 所

氏 名

印

日常生活動作（ADL）調査票【 介護老人保健施設 ほほえみの郷横浜 】

<横浜市介護老人保健施設共通様式>

平成 年 月 日

ご利用者 _____ 様

ご記入者 _____ 様

(続柄・職種)

《 当てはまる箇所に“○”を付けてください。》

※ 頻度が“ときどき”の場合は“△”を付けてください。 例) (△・無) 徘徊

項目	レベル			内 容	備 考
食 事	自 立	一部介助	全介助	形態 主食(ご飯・粥・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー) むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割) 治療食() 使用具()	
	日 中 自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
排 泄	夜 間 自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
				バルーン ストマ 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿 意(有・無) 便 意(有・無)	
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	自 立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
整 容	自 立	一部介助	全介助		

寝 返 り	自 立	一部介助	全介助	
座 位 保 持	自 立	一部介助	全介助	
立 位 保 持	自 立	一部介助	全介助	
移 乗	自 立	一部介助	全介助	
移 動	自 立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具

意思疎通 普通 ・ 困難 (理由: _____)

認知症 無 ・ 有 (具体的な様子: _____)

行 動	徘徊	帰宅 願望	介護 拒否	大声・ 奇声	妄想・ 幻覚	暴力・ 暴言	不潔 行為	昼夜 逆転	性的 行為	異 食	盗 食	収集 行為
	(具体的な様子: _____)											

{その他に何かございましたらご記入ください。}

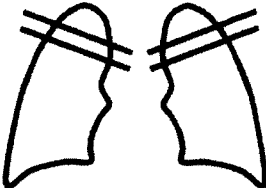
健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
住所	TEL		

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長 cm)(体重 kg)(血圧 / mmHg)(脈拍 回/分)																				
検査所見 【検査日 年 月 日】	胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 5%;">尿</td> <td style="width: 15%;">蛋 白</td> <td style="width: 15%;">- ± +</td> <td rowspan="3" style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>糖</td> <td>- ± +</td> </tr> <tr> <td>潜 血</td> <td>- ± +</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 5%;">感 染</td> <td>H B s</td> <td>抗原精密</td> <td>- +</td> </tr> <tr> <td>H C V</td> <td>抗 体</td> <td>- +</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%;">症</td> <td>疥 癬</td> <td colspan="2">- + 部位()</td> </tr> </table>	尿	蛋 白	- ± +		糖	- ± +	潜 血	- ± +	感 染	H B s	抗原精密	- +	H C V	抗 体	- +	症	疥 癬	- + 部位()		<p style="text-align: center;">所見</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">異常あり・異常なし</p>
尿		蛋 白	- ± +																	
		糖	- ± +																	
	潜 血	- ± +																		
感 染	H B s	抗原精密	- +																	
	H C V	抗 体	- +																	
症	疥 癬	- + 部位()																		
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()	結核の既往	無・有(歳)																	
アレルギー(食物・薬)	無・有()	視力 障害	無・有()																	
麻 痺	無・有()	聴力 障害	無・有()																	
拘 縮	無・有()	言語 障害	無・有()																	
特記事項																				

上記のとおり、診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

医療情報提供のお願い

医療機関各位

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。

当施設の利用希望者様の受入審査に際し、介護老人保健施設にて適切に介護できるかどうかの判断に用いますので、下記の検査データをお知らせ下さいませようお願い致します。

尚、検査データは3ヶ月以内の検査値でお願い致します。

検査日 平成 年 月 日

WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	CRP
-----	-----	----	----	-----	-----

GOT	GPT	ALP	LDH	尿酸
-----	-----	-----	-----	----

TP	Alb	BUN	Cr	Na	K
----	-----	-----	----	----	---

総コレステロール	中性脂肪	FBS	その他(HbA1c)
----------	------	-----	-------------

MRSA(鼻)()

※ 糖尿病疾患のあるかたはHbA1cの検査をお願いします。

※ 検査データのコピーを添付して下さい。

※ 過去の検査データもございましたらコピーで結構ですでお知らせ下さい。

お手数をおかけしますが宜しくお願い致します。

* 当施設ご利用希望者様へ 健康診断書と併せて医療機関にご提出ください。

入所利用料金表
(1日当たりの負担金)

介護保険対象	要介護1	822単位/日	867円	
	要介護2	896単位/日	945円	
	要介護3	959単位/日	1011円	
	要介護4	1015単位/日	1070円	
	要介護5	1071単位/日	1129円	
	サ ー ビ ス	夜間職員配置加算	24単位/日 ●	26円
		短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/回 入所後3ヶ月以内	253円
		認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/回 入所後3ヶ月以内	253円
		若年性認知症入所者受入加算	120単位/日	127円
		外泊時費用(初日、最終日除く)	362単位/日 6日限度/月	382円
		ターミナルケア加算(死亡日以前4日以上30日以下)	160単位/日	169円
		ターミナルケア加算(死亡日以前2日又は3日)	820単位/日	865円
		ターミナルケア加算(死亡日)	1650単位/日	1740円
		療養体制維持加算	27単位/日	29円
		初期加算(入所30日まで)	30単位/日 ●	32円
		入所前後訪問指導加算	460単位/回	485円
		退所前訪問指導加算	460単位/回	485円
		退所後訪問指導加算	460単位/回	485円
		退所時指導加算	400単位/日 1回	422円
		退所時情報提供加算	500単位/日 1回	527円
		退所前連携加算	500単位/日 1回	527円
		老人訪問看護指示加算	300単位/日 1回	317円
		栄養マネジメント加算	14単位/日 ●	15円
		終口移行加算	28単位/日	30円
		終口維持加算		
		終口維持加算Ⅰ 著しい誤嚥が認められる者	28単位/日	30円
		終口維持加算Ⅱ 誤嚥が認められる者	5単位/日	6円
		口腔機能維持管理体制加算	30単位/月	32円
		口腔機能維持管理加算	110単位/月	116円
		療養食加算	23単位/日	25円
		地域連携診療計画情報提供加算	300単位/日 (1回限り)	317円
		所定疾患施設療養費	300単位/日 (月7日まで)	317円
		緊急時施設療養費	500単位/日 3日限度	527円
		認知症情報提供加算	350単位/日	369円
		認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日 (7日間限度)	211円
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の1.5%		
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	12単位/日 ●	13円	
介護保険対象外	特別室料	山岳亭 Cユニット富士山(301~310) 10部屋 ※	5,000円	
		湖畔亭 Cユニット若ノ湖(201~210) 10部屋 ※	4,000円	
		山岳亭 Dユニット浅間山(321~330) 10部屋 ※	4,000円	
		湖畔亭 Dユニット琵琶湖(221~230) 10部屋 ※	3,000円	
		海洋亭 Cユニット太平洋(101~110) 10部屋 ※	4,000円	
		海洋亭 Dユニット日本海(121~130) 10部屋 ※	3,000円	
		居住費 ●	2,500円	
		食費 ●	1,800円	
		電気代	100円	
		理美容代	実費	
文書料	健康管理費 特別な予防接種代等		実費	
	特別行事費 季節毎の特別行事時に徴収致します		実費	
	特別行事食 季節毎の特別行事食時に徴収致します		実費	
	介護老人福祉(保健)施設入所診断書	※	20,000円	
	生命保険会社用診断書	※	15,000円	
	死亡診断書	※	15,000円	
	普通診断書	※	5,000円	
	入所証明書	※	5,000円	
	領収証明書	※	1,000円	

参考利用料金	介護費+食費+居住費	1日当たり	1月(30日)当たり
介護度1	867円+1,800円+2,500円	5,253円	157,580円
介護度2	945円+1,800円+2,500円	5,331円	159,930円
介護度3	1,011円+1,800円+2,500円	5,397円	161,910円
介護度4	1,070円+1,800円+2,500円	5,456円	163,680円
介護度5	1,129円+1,800円+2,500円	5,515円	165,450円

- 上記利用料金の他に特別室料がかかる場合があります(特別室ご入所の場合)
- ※は、消費税込金額です。
- ●が、上記(参考)に含まれています。
- 介護費の計算方法は、単位数×10.54(地域単価)×0.1になります。