

この度は『介護老人保健施設 ケアハイツいたみ』ご利用のご相談をいただきありがとうございます。利用手続きに必要な書類を同封させていただきます。

- ①利用申込方法のご案内
- ②利用申込書（○）
- ③日常生活情報書（○）
- ④診療情報提供書（○）
- ⑤ケアハイツいたみパンフレット
- ⑥利用料金表

（○）のついた書類がそろいましたら、お手数ですが下記まで提出または郵送をお願い致します。ご用意していただいた書類をもとに書類審査をさせていただきます。その後、面接の日程調整でご連絡させていただきます。よろしくお願ひ致します。

〒664-0023

伊丹市中野西 1 丁目 141 番地

社会福祉法人 伊丹市社会福祉事業団

介護老人保健施設 ケアハイツいたみ

TEL072-773-2286 FAX072-773-2266

ケアハイツいたみ入所における留意点

【食 事】

入所中は当施設の管理栄養士が利用者様の栄養管理させていただいております。食物の持込は食中毒の危険がありますので御遠慮下さい。

【リハビリ】

入所中は専門職がついてのリハビリをさせていただきますが、基本は入所生活の場における生活リハビリが主体となります。

※ 専門職によるリハビリは入所日より3ヵ月間は3回/週させていただきます。
(入所日より3ヵ月間を経過すると2回/週になります)

※ 介護老人保健施設から申し込みされる方のリハビリは2回/週の提供になりますのでご理解ください。

【受 診】

入所中は当施設の常駐医が体調管理をさせていただきます。よって常駐医の判断がない限りは他医療機関の受診が出来ません。なお、入所中は定期受診、定期健診が出来ませんので御理解下さい。(薬をもらいに行く事をご遠慮していただいております)

【転倒リスク】

介護老人保健施設の生活において、転倒の恐れは必ずあります。御理解下さい。事故、急変時において救急搬送の際は原則ご家族様の付き添いが必要になります。(入院等の手続きが必要になる事がある為) ご協力ください。

利用申込方法のご案内

1. お問い合わせ

ご不明な点などございましたらまずはお電話にてお問い合わせ下さい。

2. 必要書類の提出

- ① 利用申込書・・・・・・・・ご家族の方がご記入下さい。
- ② 日常生活情報書
病院に入院中の方・・・病院の相談員・職員に記入をご依頼下さい。
施設に入所中の方・・・施設の相談員・職員に記入をご依頼下さい。
ご自宅で生活中の方・・・担当のケアマネジャーに記入をご依頼下さい。
- ③ 診療情報提供書（作成にするにあたり、依頼先で費用がかかりますのでご注意ください）
病院に入院中の方・・・病院の相談員・看護師にご相談の上、記入をご依頼下さい。
施設に入所中の方・・・施設の相談員・看護師にご相談の上、記入をご依頼下さい。
ご自宅で生活中の方・・・主治医の診察を受けて頂き、作成をご依頼下さい。
- ④ 介護保険者証のコピー

3. 書類審査

ご提出頂いた書類をもとに利用可能かどうかの審査を行います。

4. 面接

面接日程の調整をさせていただきます。面接は当施設にて行いますので、利用を希望されるご本人とご家族の方にお越し頂きます。

5. 判定会議

ご提出頂いた書類・面接内容をもとに入所可能かどうかの判定会議を行います。

6. 判定結果のご連絡、ご利用日時の調整

判定結果についてご連絡させていただきます。利用可能となりましてもベッドの空き状況により、お待ち頂く場合もあります。

7. ご利用案内

利用契約についてご説明いたします。

※ 体調不良や病状に変化があった場合、他の施設などへの入所となった場合に は必ずご連絡をお願いいたします。

※ ご不明な点などありましたら、相談員 阪本・水嶋までお問い合わせ下さい。

072（773）2286（代）

社会福祉法人 伊丹市社会福祉事業団

介護老人保健施設 ケアハイツいたみ 利用申込書

平成 年 月 日

利用者本人の状況	フリガナ				
	氏名		男女	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)
	現住所	(〒 -) (電話番号 - -)			
	介護保険状況等	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている			
		<申込日現在の介護度> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
		<認定有効期間>平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
		<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成 年 月 日申請)		<input type="checkbox"/> 新規・更新申請中 (平成 年 月 日申請)	
障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種別: 級)					
特定疾患の認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名:)					
介護保険負担限度額認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食費: <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円) <input type="checkbox"/> 申請中					

申請者(家族)	フリガナ			電話番号		
	氏名			携帯電話		
	住所	(〒 -)			年齢	歳
*施設までの所要時間 (時間)					続柄	

緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先	家族構成図		

男=□ 女=○ 本人=二重印 死亡=黒塗り

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	病院・施設名	入院・入所日 年 月 日より	
	住所		
	電話	担当者	(相談員・ケアマネジャー)

入所希望日	平成 年 月 日より
希望期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月
希望居室	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 (3,000円/1日の差額料金)
申込理由 (具体的に)	
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ） 具体名（ ）
在宅復帰に当たっての問題点 (具体的に)	
本人の性格	
趣味・特技	

居宅サービスの利用状況					
※以下に該当する現在・直近の居宅サービスの利用状況についてご記入ください。					
居宅介護支援事業所	事業所名				
	住 所				
	電 話			担当ケアマネジャー：	
訪問介護	回/月	訪問看護	回/月	短期入所生活介護	回/月
訪問リハ	回/月	通所介護	回/月		1回 泊 日
通所リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	短期入所療養介護	回/月
福祉用具貸与	内容				1回 泊 日

※申込書と一緒に介護保険者証のコピーもご提出ください。

- ※提出書類の確認 利用申込書 (本用紙 2枚) 日常生活情報書 ①②③
 診療情報提供書 介護保険者証コピー

日常生活情報書 ① ※該当するものに☑してください。

病歴と病状管理	
特別な処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）の処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 胃ろう（種類） (栄養剤) 回/日（朝・昼・夕）注入
既往歴	年 月 病名：
	病院 通院状況 回/ 週・月
	年 月 病名：
	病院 通院状況 回/ 週・月
	年 月 病名：
	病院 通院状況 回/ 週・月
既往歴の経過 現在治療中の 病気の状況	
内服薬 内容・用量・ 分量記載	※薬の説明書（複写）をご用意いただくか、服用されているすべての薬名をご記入ください。 薬のアレルギー 有・無（ ）
内服管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 要介助（ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助）
主治医の情報	
医療機関	診療科 科 医師
電話番号	受診状況 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診（ 回/週・月）
リハビリ内容・状況	
リハビリ内容	
認知症の状態	
認知症の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 認知症の診断を受けているか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ <input type="checkbox"/> 老人性 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他 ）
症状の内容	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 老人性そう・うつ病 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 過食・異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	具体的な言動の内容
ご本人の状況	
生活歴 ご本人の現在の 様子	

日常生活情報書 ② ※該当するものに☑してください。

麻痺・移動情報	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)
筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー・歩行器 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 本人操作 <input type="checkbox"/> 介助者操作 <input type="checkbox"/> 移乗動作可能 <input type="checkbox"/> 移乗動作不可能) <input type="checkbox"/> 寝たきり 装具 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)
移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
立位膝折	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
座位姿勢	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 傾きがある <input type="checkbox"/> 反り返りがある
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
転倒	<input type="checkbox"/> あり (転倒頻度 回/週程) <input type="checkbox"/> なし
入浴・衛生保持の情報	
入浴	<input type="checkbox"/> 自宅入浴 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/週 <input type="checkbox"/> 施設入浴 (デイサービス・デイケア) 回/週 (入浴手段) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭
洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ
洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着替え	上衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 下衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事の情報	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 ()
飲み込み	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> できない
むせこみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 水分 <input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> とろみ有 <input type="checkbox"/> ゼリー
食種	一般食・療養食 (糖尿食・心臓食・腎臓食・肝臓食・その他 ())
主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 () <input type="checkbox"/> ミキサー
副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み (1cm、5mm、ソフト) <input type="checkbox"/> ミキサー、ゼリー
自分の歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯)
食事嗜好・希望	
禁忌食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
その他の注意事項	

日常生活情報書 ③ ※該当するものに☑してください。

排泄の情報			
排泄の情報	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 夜間はオムツ <input type="checkbox"/> 終日オムツ <input type="checkbox"/> オムツを外す行為 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> カテーテル		
尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
尿失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
コミュニケーション・視力・聴力の情報			
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mでみえる <input type="checkbox"/> 目の前でやっとみえる <input type="checkbox"/> ほとんどみえない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 眼鏡の使用 ()		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声でやっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 補聴器の使用 ()		
会話	<input type="checkbox"/> 成立する <input type="checkbox"/> 簡単な会話は可能 <input type="checkbox"/> こちらの話が理解できない <input type="checkbox"/> 話が全く通じない		
睡眠状況			
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不明	睡眠時間	時 ~ 時
	<input type="checkbox"/> 不眠の場合 <input type="checkbox"/> 声だしがある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> その他 ()		
睡眠薬使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (眠剤名:)		
特記事項	喫煙 (有・無) 飲酒 (有・無)		

記入者：氏名 _____ 職種 _____

ケアハイツいたみ 料金表

介護保険施設サービス(入所サービス)

	介護保険 自己負担額	食事負担額	居住費	教養娯楽費	日額合計	月額合計 (30日計算)
要介護1	867円	1,680円	320円	100円	2,967円	89,010円
		750円	320円			
		490円	320円			
		400円	0円			
要介護2	916円	1,680円	320円	100円	3,016円	90,480円
		750円	320円			
		490円	320円			
		400円	0円			
要介護3	981円	1,680円	320円	100円	3,081円	92,430円
		750円	320円			
		490円	320円			
		400円	0円			
要介護4	1,036円	1,680円	320円	100円	3,136円	94,080円
		750円	320円			
		490円	320円			
		400円	0円			
要介護5	1,092円	1,680円	320円	100円	3,192円	95,760円
		750円	320円			
		490円	320円			
		400円	0円			

※食事負担額はおやつ代も含まれております。

※食事負担額・居住費は世帯の所得金額などにより、負担額の減免措置があります。(要申請)

※個室ご希望の方は別途1日3000円(市外の方は5000円)の個室料をいただきます。

※介護保険自己負担額には基本単位数、栄養マネジメント加算、サービス提供体制強化加、夜勤職員配置加算が含まれています。

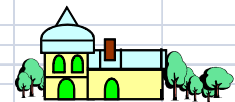
※その他の加算としては初期加算(入所日から1ヶ月間)、短期集中リハビリ加算(入所日から3ヶ月間)、口腔機能維持管理体制加算(口腔ケアの向上)、在宅復帰支援機能加算が発生します。

※短期集中リハビリ加算については病院、在宅からの入所者に限ります。

※介護職員処遇改善加算については介護保険自己負担額に1.5%が加算されます。

※在宅への退所時には退所時指導加算(400単位)、退所時情報提供加算(500単位)、退所前連携加算(500単位)が発生します。

※その他、希望される方は散髪(毎月第3、第4日曜日)1回1000円、洗濯の委託1か月4580円(半月2290円)がございます。



**介護老人保健施設
ケアハイツいたみ**

〒664-0023
伊丹市中野西1丁目141番地
TEL 072-773-2286
f a x 072-773-2266

診 療 情 報 提 供 書

(ケアハイツいたみ入所用)

氏 名		男 女	生年月日	M T S	年	月	日 ()
病名							
1.					年	月	日 発症
2.					年	月	日 発症
3.					年	月	日 発症
現病歴と加療の内容							
現処方							
既往歴							
入所・リハビリに関する留意点・ご意見等							

上記のとおり診断します。

年 月 日 医療機関名

住所・TEL

医師氏名

印

