

利用者申込書

介護老人保健施設

エスポワール所沢 施設長殿

年 月 日

紹介先 : 行政 ・ 病院施設 ・ 居宅介護支援事業所(担当:) ・ 訪問看護 ・ その他

介護認定度 : 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中 / 区変中

利用者	フリガナ氏名	男 女	明・大・昭	年 月 日	生	歳
	住所	〒	TEL	()		

相談者	氏名		歳	続柄
	住所	〒	自宅 携帯	() ()
	勤務先名		職種	TEL ()

利用希望	1, 入所	ヶ月程度	居室希望 : 四人部屋 ・ 個室
	2, ショートステイ	/ ~ /	
	3, 通所リハビリテーション		
	月・火・水・木・金・土	計週回	送迎希望 : 有 ・ 無 入浴希望 : 有 ・ 無

利用理由	1, 身体的介護困難	(移動 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 食事 ・ 着脱)
	2, 認知症で介護困難	(徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想)
	3, その他	

現在の状況	1, 在宅生活中	(同居 ・ 別居)	かかりつけ医	病院・医院
	2, 入院中	(病院)	入院日 H / / ~ H / /	
	3, 入所	()	入所日 H / / ~ H / /	
過去3ヶ月以内の老健入所歴		施設名:	入所日: H / / ~ /	

相談者以外の連絡先	氏名	続柄	年齢	住所	TEL
	①				自宅
	②				携帯 自宅
	③				携帯

夜間 ①

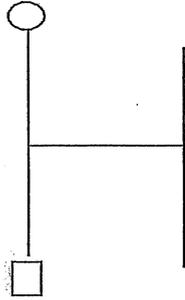
退所後の方向性 在宅 ・ 特別養護老人ホーム ・ グループホーム ・ その他施設()

家族構成等記入票

様

家族構成

*ご本人には◎を付け、同居のご家族は○で囲んで下さい。



性格

生活歴・入所までの経緯

既往歴(病名・入院先・治療状態)※完治の場合いつ完治したのか日付も記入

内容				
食事	形態	常食・粥()・刻み()・一口大・ペースト・胃ろう		
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク) 一部介助・全介助		
	制限	カロリー()・塩分() その他()		
	好き嫌い	好() 嫌() ※嫌いなものはどの程度の苦手さかも記入をお願いいたします。		
	水分	とろみ(有・無) 他(ストロー使用等)		
	問題・工夫			
排泄	方法	日中:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・トイレ(自立・介助)・パット・オム 夜間:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・トイレ(自立・介助)・パット・オム		
	尿意・便意の有無	有 無		
	1日の排泄回数	日中(回) 夜間(回)		
	便秘の有無	有 ・ 無		
	夜間の対応	自立 ・ 定時の声掛け		
	問題・工夫			
清潔	方法	一般 ・ 機械 ・ 他		
	洗身	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	洗髪	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	問題・工夫			
更衣	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	ボタンのかけはずし	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	ズボンの上げ下ろし	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	靴下着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	問題・工夫			
移動	歩行	自立歩行・杖歩行・歩行器・つたえ歩行・這う・車椅子		
	ふらつき	有 ・ 無 (転倒の危険性 有 ・ 無)		
	車椅子操作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	座位保持	可能 ・ 不可		
	車椅子からの立ち上がりの危険性	有 ・ 無		
立位保持	可能 ・ 不可 可能な場合おおよその時間()			
問題・工夫				
身の回り	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	義歯管理 整理整頓 爪きり 髭剃り 手洗い	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	歯磨き	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	うがい	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	洗顔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	耳の手入れ	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	意思疎通	可能 ・ 不可		
	問題行動	有 ・ 無		
	視力・聴力	視力:() 聴力()		
	運動障害	有 ・ 無		
麻痺	有 ・ 無 部位:			
拘縮	有 ・ 無 部位:			
動作・身体状況	自立度: 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			

介護老人保健施設 エスポワール所沢 健康診断書

ふりがな		性別		明治・大正・昭和		感染性疾患	結核 検査日	(-・+)	HCV抗体 検査日	(-・+)
氏名		男 女		年 月 日生(歳)			梅毒 検査日	(-・+)	MRSA 検査日	(-・+)
住所		電話		()			HBs抗原 検査日	(-・+)	疥癬 検査日	(-・+)
全身状態	身長	cm	体重	kg	腹囲	cm	BMI			
主病名		発症日								
既往歴										
脈拍		回 整・不整		血圧						
胸部レントゲン所見 (検査施行日H . . .)		異常あり・異常なし		[]		特記事項				
心電図所見 (検査施行日H . . .)		異常あり・異常なし <small>※異常のある場合はコピーの添付をお願いします。</small>		[]		特記事項				
血算 (検査施行日) H . . .	白血球		生化学	肝機能	GOT		精神状態所見	(慢性中毒症状・精神症状・睡眠障害・問題行動等ありましたらご記入ください。)		
	赤血球				GPT					
	ヘモグロビン				総コレステロール					
	ヘマトクリット				中性脂肪					
尿検査 (検査施行日) H . . .	血小板		腎機能	BUN		現在の投薬状況	認知症の有無 (無・有) 有の場合の日常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M			
	蛋白			クレアチニン						
	糖			アルブミン						
	ウロビリノーゲン			Na						
血糖 (随時)	ビリルビン		代謝	Cl		上記のとおり診断いたします。	年 月 日			
	PH			K						
空腹時又は h後 検査日		HbA _{1c}		糖尿病の方のみ)		所在地 医療機関名 医師				

※検査については全項目記入、3ヶ月以内の検査結果、所見をお願いします。

お申込み～ご利用開始まで

① 利用相談・申し込み

利用相談（ご質問など）の上、申し込みに必要な書類一式をお渡しいたします。



② 面談

申し込みに必要な書類一式をご用意頂けましたら、来所日をお知らせ下さい。
面談の上、施設の中をご案内いたします。



③ 訪問（実態調査）

必要に応じて事前連絡の上、病院・施設またはご自宅へ職員が訪問し、利用希望の方のご様子を拝見させていただく場合があります。



④ 判定会議

医師・看護師など、各種専門職員による「判定会議」を実施し、ご利用いただけるかどうかの話し合いをさせていただきます。



⑤ 結果連絡

ご利用の可・否について、判定の結果を電話にてお知らせいたします。
(判定の結果、ご利用をお断りする場合がありますのでご了承下さい。)



⑥ 契約・ご利用開始

日程を調整し、利用契約の上、ご利用開始となります。

エスポール所沢 受入れ基準

○＝問題ございません

△＝ご相談ください

×＝お受けできかねます

項目		受入れ	
脳神経系	麻痺	○	
	寝たきり	○	
	嚥下障害	○	
循環器系	ペースメーカー使用者	△	
呼吸器系	喘息発作をおこす方	△	
消化器系	人工肛門	○	
	胃ろう栄養	△	
	経鼻栄養	×	
腎尿路系	留置カテーテル使用者	○	
感覚器系	難聴	○	
	全盲	○	
精神科	認知症	○	
	老人性鬱病 その他精神疾患	○	
感染症	B型肝炎	○	
	C型肝炎	○	
	疥癬	×	
	梅毒	○	
	MRSA	○	
その他	在宅酸素使用の方	×	
	褥瘡	△	
	吸引	△	
	末期癌	△	
	インスリン注射	○	
	生活保護	△	

※上記については判断の目安を記載したものですので、実際のご入所にあたっては個々のご様子に応じて判断させていただきます。

※上記以外の症状につきましては、支援相談員へお気軽にご相談下さい。

年 月 日

_____様

介護老人保健施設
エスポワール所沢

拝啓 時下益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。
このたびは、当施設へのご利用申込をいただきましてありがとうございます。
ご利用にあたり判定がございますので下記の書類が必要となります。
お手数ですがご用意いただきたくお願い申し上げます。

敬具

記

- ① 利用者申込書
- ② A D L 状況調査票
- ③ 家族構成等記入票
- ④ 健康診断書
- ⑤ 介護保険証
- ⑥ 健康保険証 (後期高齢者医療被保険者証)

※ 保険証 (⑤・⑥) コピーで可能です

以上

問い合わせ

医療法人社団 明雄会

介護老人保健施設 エスポワール所沢

〒359-0001

埼玉県所沢市下富1310-15

TEL 04-2990-2077

FAX 04-2990-2078

サービス利用料及びその他の費用

()内は2割負担

	介護保険施設サービス	短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護
食費	1,650 円	朝食 450 円	朝食 450 円
		昼食 600 円	昼食 600 円
		夕食 600 円	夕食 600 円
居住費(光熱水費)	450 円(多床室)	450 円(多床室)	450 円(多床室)
	1,640 円(個室)	1,640 円(個室)	1,640 円(個室)
栄養マネジメント加算	15 円(29 円)/日	—	—
経口維持加算	I 411 円(822 円)/日	—	—
	II 103 円(206 円)/日	—	—
口腔衛生管理体制加算	31 円(62 円)/月	—	—
口腔衛生管理加算	93 円(185 円)/月	—	—
初期加算	31 円(62 円)/日(入所後 30 日間)	—	—
療養食加算(1 日 3 回限度)	7 円 (13 円)/日	7 円 (13 円)/日	7 円 (13 円)/日
短期集中リハビリテーション実施加算	247 円 (493 円)/日 入所後 3 カ月以内	—	—
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	247 円 (493 円)/日 入所後 3 カ月以内	—	—
個別リハビリテーション実施加算	—	247 円 (493 円)/回	247 円 (493 円)/回
経口移行加算	29 円 (58 円)/日	—	—
若年性認知症者受入加算	124 円 (247 円)/日	124 円 (247 円)/日	124 円 (247 円)/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	35 円 (70 円)/日	—	—
入所前後訪問指導加算	I 463 円 (925 円)/回	—	—
	II 493 円 (986 円)/回		
所定疾患施設療養費	I 242 円 (483 円)/日	—	—
	II 488 円(976 円)/日		
排泄支援加算	103 円(206 円)/月	—	—
在宅サービスを利用した時の費用	822 円(1,644 円)/日	—	—
低栄養リスク改善加算	309 円(617 円)/月	—	—
再入所時栄養連携加算	411 円(822 円)/回	—	—
かかりつけ医連携薬剤調整加算	129 円(257 円)/回	—	—
認知症行動・心理症状緊急対応加算	206 円 (411 円)/日	—	—
介護職員処遇改善加算 I	毎月の利用料(自費を除く) 10,000 円につき約 390 円	毎月の利用料(自費を除く) 10,000 円につき約 390 円	毎月の利用料(自費を除く) 10,000 円につき約 390 円
利用者の選定する特別な食事	実費	実費	実費
送迎費用	—	片道 189 円 (378 円)	片道 189 円 (378 円)
日用品費	250 円	250 円	250 円
教養娯楽費	200 円	200 円	200 円
退所時等指導加算	473 円 (945 円)	—	—
退所時情報提供加算	514 円 (1027 円)	—	—
緊急時治療管理	525 円 (1050 円)/回	525 円 (1050 円)/回	525 円 (1050 円)/回
サービス提供体制強化加算(II)	7 円 (13 円)	7 円 (13 円)	7 円 (13 円)
理美容代	1,000 円~2,500 円	1,000 円~2,500 円	1,000 円~2,500 円
特別な室料	2,500 円	2,500 円	2,500 円
行事費	実費	実費	実費
健康管理費	実費	実費	実費

教養娯楽費は、レクリエーションを行うのに必要な材料、道具、新聞雑誌、カラオケ代等である。

※その他利用者の希望に応じて、サービスを提供する場合は、その同意のもとに、清算を明らかにして実費相当を負担してもらうこととする。

※食費・居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費・居住費の負担限度額が 1 日にお支払いいただく居住費の上限となります。

《 入所時のご持参品について 》

お気軽にご相談下さい。

- * ①健康保険証（後期高齢者医療受給者証）、②介護保険証、③介護保険負担割合証
④介護保険負担限度額認定証（④：該当する方のみ）
- * ご本人および保証人2名の印鑑（三文判）
- * 通帳、銀行届出印 → 利用料のお支払いは「口座振替」または「振り込み」です。
口座振替の手続きが完了するまでは、振り込みでお願いします（手数料はご負担いただいております）。
- * 現在使用している薬（2週間分以上・なるべく多く）→なくなり次第、当施設の処方に切り替えます。
- * 診療情報提供書、看護サマリー、お薬手帳・薬剤情報提供書（お持ちの場合）

* 身の回り品（全てに名前を記入して下さい）

【衣類等】生活習慣や汚れの頻度、洗濯の都合（※）に合わせてご用意下さい。
動きやすく、ゆとりのある物をお願いします。入浴は週2回です。

～ 1週間分の目安 ～

〔 普段着（上・下）：5～7組、靴下：7枚、肌着（シャツ・パンツ）：5～7組、
パジャマ（上・下）：3組 〕

- 入浴の衣類の準備にご協力下さい。詳細はご説明します。●
- 衣類のレンタル（日用品とセット）もごございます。詳細はお尋ね下さい。●

【靴】リハビリシューズ等、足の甲の調節が可能なもの（スリッパは避けて下さい）。

【口腔ケア用品】歯ブラシ・コップ・歯磨き粉・ポリドント等、ご本人の状態に合ったもの。

【その他】ご使用中のものがあればお持ち下さい。

〔 例> コップ、吸い飲み、ヘアブラシ、保湿液、レッグウォーマー、膝掛け、ゴミ箱、眼鏡、補聴器、
装具、自助具、杖、シルバーカー、座布団、体交枕、車イス、すべり止め、食食用エプロン、尿器、
入浴用以外のタオル、ポータブルトイレ、居室内で使用するティッシュペーパー、電気髭剃り…等 〕

※ 洗濯について

- ① ご家庭で行う場合 … 衣装ケースをご用意下さい。施設でも販売しております（¥800）。
- ② 業者に依頼する場合 … 月額¥11,129（ドライ製品は別料金）にて承ります。

- ・ おむつ、パット類は「介護費用（利用料）」に含まれています。
- ・ 飲酒・喫煙は禁止です。
- ・ 貴重品、危険物（刃物、ライター等）、携帯電話、家具、家電製品、ペットのお持ち込みはご遠慮願います。
- ・ テレビは個室利用の方のみ、レンタルでご利用頂けます。
（月額使用料：¥10,000）