

通所介護サービス(デイサービス) 新規利用申込書

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム古川親水苑
生活相談行(FAX 03-5667-1215)

要介護度	要介護 1・2・3・4・5
------	---------------

フリガナ		性別	生年月日	
利用者氏名		男・女	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
住所	〒			
電話		携帯電話		
主な病気	①	年 月頃から治療開始(現在 治療中・治療終了)		
	②	年 月頃から治療開始(現在 治療中・治療終了)		
かかりつけ医療機関	病院名		電話	
	主治医名		診療科名	

連絡先①	フリガナ		電話	
	氏名		携帯電話	
	続柄()		勤務先	
	該当する箇所に☑→ <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 受診付添い者 <input type="checkbox"/> 副介護者 <input type="checkbox"/> 同居者			
	住所	〒		
連絡先②	フリガナ		電話	
	氏名		携帯電話	
	続柄()		勤務先	
	該当する箇所に☑→ <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 受診付添い者 <input type="checkbox"/> 副介護者 <input type="checkbox"/> 同居者			
	住所	〒		
現在の生活場所		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院		
		※入院の場合は今回の入院時の傷病名をご記入ください (傷病名:)		
		※施設・病院の場合は施設・病院名と退所・退院日(予定)を下記にご記入ください		
	病院・施設名	入院・入所日	退院・退所予定日	
担当居宅支援事業所	事業所名			担当ケアマネージャー氏名
	電話			

開始希望日	令和 年 月 日から (週 回 : 月・火・水・木・金・土・いつでも可)		
入浴	無・有 → (週 回 : 月・火・水・木・金・土・いつでも可)	送迎	無・有
希望理由			

※お持ちのものは、コピーの添付をお願いします

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 | <input type="checkbox"/> 医療被保険証 | <input type="checkbox"/> お薬手帳または処方説明書 |
| <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | |

普段の様子をお教えてください

(1日の過ごし方)	13:00	(家族構成) 本人は男性:回 女性:◎ (□男 □女)
6:00	23:00	

日常生活状況

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	生活様式はどちらですか	<input type="checkbox"/> ベッド・椅子の生活 <input type="checkbox"/> 布団・畳の生活
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み(一口大 / みじん切り) <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 経管(胃ろう / 鼻腔) <input type="checkbox"/> その他()		
摂食方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ml/日)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
カロリー制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kcal/日)	塩分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(g/日)
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
排泄手段	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ		
更衣動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
義歯の状態	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 義歯 ※義歯に問題 無・有()		
言語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 言語障害あり	意思の伝達と判断決定	<input type="checkbox"/> 伝達可能 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 困難

【普段から気をつけていること・困っていること】

通所介護サービス 料金表(2019年10月変更)

【通常規模型通所介護費】 所要時間7時間以上8時間未満

要介護度	サービス基本単位	<1割負担の方>		<2割負担の方>		<3割負担の方>				
		1日あたりの自己負担額	食費	1日あたりの合計(円)	1日あたりの自己負担額	食費	1日あたりの合計(円)	1日あたりの自己負担額	食費	1日あたりの合計(円)
要介護1	648	707		1,567	1,413	2,273	2,119			2,979
要介護2	765	834		1,694	1,668	2,528	2,502			3,362
要介護3	887	967	860	1,827	1,934	2,794	2,901	860	860	3,761
要介護4	1,008	1,099		1,959	2,198	3,058	3,297			4,157
要介護5	1,130	1,232		2,092	2,464	3,324	3,696			4,556

【その他の料金等】

【加算】	1日の単位	1日の自己負担額			算定要件
		(1割)	(2割)	(3割)	
☆入浴加算	50	55	109	164	入浴介助を行った場合
☆中重度者ケア体制加算	45	49	98	147	要介護3、4又は5である利用者の占める割合が100分の30以上である場合
☆個別機能訓練加算(Ⅰ)	46	51	101	151	機能訓練指導員等が共同して個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を実施、3ヶ月ごとに1回以上居宅を訪問して説明・見直しを行っている場合
☆個別機能訓練加算(Ⅱ)	56	61	122	183	心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成し、訓練を実施している場合
☆生活機能向上連携加算(月1回)	200	218	436	654	医療提供施設の職員が訪問し、通所介護職員と共同で個別機能訓練計画を作成して計画的に機能訓練を実施している場合
個別機能訓練加算を算定している場合	100	109	218	327	
☆ADL維持等加算(Ⅰ)	3	4	7	10	ADL(日常生活動作)の維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合
☆ADL維持等加算(Ⅱ)	6	7	13	20	
☆認知症加算	60	66	131	197	認知症の利用者が100分の20以上、認知症介護研修修了者を1名以上配置
☆若年性認知症加算	60	66	131	197	基準に適合し、若年性認知症利用者に通所介護を行った場合
☆栄養スクリーニング加算	5	6	11	17	6ヶ月ごとに栄養状態を確認し介護支援専門員に文書で情報を共有した場合
☆栄養改善加算(月2回まで)	150	164	327	491	低栄養状態の改善等を目的とし、個別に栄養管理を行った場合
☆口腔機能向上加算(月2回まで)	150	164	327	491	口腔機能向上サービスを行った場合
☆送迎減算(片道につき)	-47	-52	-103	-154	送迎を行わない場合
☆同一建物減算	-94	-103	-205	-308	同一建物に居住する利用者に通所介護を行う場合
△サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18	20	40	59	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上である場合
△サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	12	13	26	39	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上である場合
△サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	6	7	13	20	職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上である場合
●△介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	—	—	—	—	総単位数に1.0%を乗じた単位数
●△介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	—	—	—	—	総単位数に5.9%を乗じた単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	—	—	—	—	総単位数に4.3%を乗じた単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	—	—	—	—	総単位数に2.3%を乗じた単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	—	—	—	—	総単位数に2.3%を乗じた単位数の90%に相当する単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	—	—	—	—	総単位数に2.3%を乗じた単位数の80%に相当する単位数
【自費】					
食費	860				おやつも含む
日常生活品費					オムツなどを使用された場合にのみ実費負担とさせていただきます
教養娯楽費					手作業材料費など実施された場合にのみ実費負担とさせていただきます

注1) ●印・・・すべての利用者に対し算定するものです

注2) ☆印・・・利用者の状況により算定が異なります

注3) △印・・・人員配置・その他の基準を満たしている場合に算定します

【オムツ】

パット	50円
リハビリパンツ (S・M・L)	100円

【キャンセル料金】

前日	無料
当日8時30分以降	食事代金 (860円)

※当日ご利用された場合でも、食事前に帰られた場合には食事代金はお支払いいただきます