

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 | 日生 (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() | | | | | | |
| | 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 | | | 勤務先 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| 連絡先② | フリガナ | | | | 電話 | | |
| | 氏名 | | | | 携帯電話 | | |
| | 続柄() | | | | | | |
| | 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 | | | 勤務先 | | | |
| 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・日いつでも可) | | | | | | |
| 入浴 | 無・有 → (週 回: 月・火・水・木・金・土・日いつでも可) | | | 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

- 介護保険被保険者証 医療被保険証 お薬手帳または処方説明書
介護保険負担限度額認定証 身体障害者手帳

普段の様子をお教えてください

| | |
|---|------------------------------------|
| <p>(1日の過ごし方)</p> <p>6:00</p> <p>12:00</p> <p>13:00</p> <p>23:00</p> | <p>(家族構成) 本人は男性:回 女性:◎ (□男 □女)</p> |
|---|------------------------------------|

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トイレ <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】 | | | |
| | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | J1 | J2 | A1 A2 B1 B2 C1 C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立 | I | II a III a III b IV V |

通所介護サービス 料金表(2022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 | 655 | 714 | | 1,574 | 1,428 | 2,288 | 2,142 | | 3,002 | |
| 要介護2 | 773 | 843 | | 1,703 | 1,685 | 2,545 | 2,528 | | 3,388 | |
| 要介護3 | 896 | 977 | 860 | 1,837 | 1,954 | 2,814 | 2,930 | 860 | 3,790 | |
| 要介護4 | 1,018 | 1,110 | | 1,970 | 2,220 | 3,080 | 3,329 | | 4,189 | |
| 要介護5 | 1,142 | 1,245 | | 2,105 | 2,490 | 3,350 | 3,735 | | 4,595 | |

【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) | |
| ☆入浴介助加算(Ⅰ) | 40 | 44 | 88 | 131 | 入浴介助を行った場合(部分浴、シャワー浴を含む) |
| ☆入浴介助加算(Ⅱ) | 55 | 60 | 120 | 180 | 居室において入浴できるようになることを目的とした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)イ | 56 | 61 | 122 | 183 | 共同して個別機能訓練計画を作成し機能訓練を実施、3月に1回以上居室を訪問して生活状況を確認している場合(機能訓練指導員1名配置で訓練を行った場合) |
| ☆個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ | 85 | 93 | 186 | 278 | 共同して個別機能訓練計画を作成し機能訓練を実施、3月に1回以上居室を訪問して生活状況を確認している場合(機能訓練指導員2名配置で訓練を行った場合) |
| ☆個別機能訓練加算(Ⅱ) | 20 | 22 | 44 | 66 | 上記に加え、厚生労働省に情報を提出している場合(1月につき) |
| ●ADL維持等加算(Ⅱ) | 60 | 66 | 131 | 197 | ADL(日常生活動作)の維持または改善の度合いが一定の基準を満たしている場合(1月につき) |
| ☆栄養アセスメント加算 | 50 | 55 | 109 | 164 | 共同して栄養アセスメントを実施している場合(1月につき) |
| ☆栄養改善加算 | 200 | 218 | 436 | 654 | 低栄養状態の改善等を目的に、共同して栄養ケア計画を作成し、個別に栄養改善サービスを行った場合(3月以内に限り月2回まで) |
| ☆口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20 | 22 | 44 | 66 | 6月ごとに口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニングを行った場合(6月に1回を限度) |
| ☆口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5 | 6 | 11 | 17 | 栄養アセスメント加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態いずれかの確認を行った場合 |
| ☆口腔機能向上加算(Ⅰ) | 150 | 164 | 327 | 491 | 口腔機能向上を目的として口腔清掃や指導を実施、又は摂食・嚥下機能に関する訓練や指導を実施した場合(原則3月以内、月2回まで) |
| ☆口腔機能向上加算(Ⅱ) | 160 | 175 | 349 | 524 | 上記に加え、厚生労働省に情報を提出している場合(1月につき) |
| ●科学的介護推進体制加算 | 40 | 44 | 88 | 131 | 利用者の日常生活自立度、口腔・栄養及び認知症等の情報を厚生労働省に提出している場合(1月につき) |
| ☆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(Ⅱ) | 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以上の場合 |
| ●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 |
| ●介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | — | — | — | — | 総単位数に1.2%を乗じた単位数 |
| ●介護職員等ベースアップ等支援加算 | — | — | — | — | 総単位数に1.1%を乗じた単位数 |
| 【自費】 | | | | | |
| 食費 | 860 | | | | おやつも含む |
| 日用品生活費 | | | | | オムツなどを使用された場合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のみ実費負担とさせていただきます |

●印⇒すべての利用者に対し算定
☆印⇒利用者の状況により算定

【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】

| | | |
|---|---|------------|
| 前日まで | ⇒ | 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 | | |