

# エスポワール和泉 受け入れ基準

○=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	備 考	
脳神経系	麻痺	○	
	言語障害	○	
	寝たきり	○	
	嚥下障害	△	
循環器系	ペースメーカー使用者	△	手術後一カ月程経過されている方
呼吸器系	喘息発作をおこす方	△	発作の頻度により
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	△	
	老人性うつ病    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	△	

※ 上記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

※ 上記以外のご症状につきましては、支援相談員にお気軽にご相談ください。

# 利用者申込書

医療法人社団 純正会  
介護老人保健施設  
エスポワール和泉施設長 殿

申込日	西暦 20	年	月	日
入所日	西暦 20	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				
利用者	フリガナ			男・女
	氏名			明・大・昭
	住所	〒	-	年 月 日生 歳
				電話
相談者	氏名			続柄
	住所	〒	-	電話
	勤務先名			電話
利用希望	1. 入所 月程度 2. 一般室希望 有 ・ 無 ※一般室への移動は6ヶ月が目安となっております。			
退所方向性	・在宅 ・特別養護老人ホーム ・有料ホーム ・グループホーム ・その他 ( 申し込み状況 ( 未 ・ 済 )			
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 ・ 不隠 ・ 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 / /			
	病歴			
連絡先	氏名	続柄	年齢	住所
	①			
	②			
	③			
夜間	①			

## ご利用までの流れ

ご見学

- ◆施設の詳細について、わかりやすくご説明いたします。  
土曜日、日曜日、祝祭日も受け付けております。
- ◆お手数ですがご見学をスムーズにさせていただく為にご予約をお願い致します。  
045-805-6711【受付時間／9:00～17:00】

お申込み

- ◆以下の書類を提出をお願い致します。（ホームページよりダウンロードできます）
  - 1.利用申込書・ADL状況調査票  
<http://www.esp-izumi.com/doc/form.pdf>
  - 2.健康診断書（横浜市指定用紙）  
<http://www.esp-izumi.com/doc/checkup.pdf>

ご面談

- ◆当施設にてご本人のお身体のご様子等を確認致します。
- ◆必要に応じて病院や施設に伺います。

『エスポワール和泉』入所判定会議

- ◆原則、2日以内に審査結果をご連絡いたします。

利用契約締結

- ◆以下の書類などが必要になりますので、ご準備をお願い致します。
  - 1.介護保険証
  - 2.介護保険負担限度額認定証(認定者の方)
  - 3.健康保険証(国民健康保険・後期高齢者証 等)
  - 4.ご本人及び保証人2名、計3名分の印鑑(シャチハタ印不可)
  - 5.保証人2名分の身分証明書(運転免許証・健康保険証 等)
  - 6.口座振替用の金融機関名と口座番号、銀行お届け印

エスポワール和泉でのリハビリ・生活がスタート

※ご不明な点は、お気軽に支援相談員にお問い合わせください。

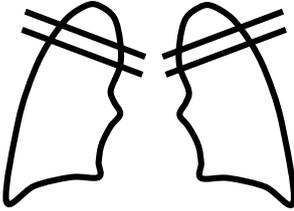
# 健康診断書

(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 年 月 日( 歳)	明治・大正・昭和
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】
尿	蛋白質	- ± +	所見  異常あり・異常なし
	糖	- ± +	
	潜血	- ± +	
感染症	H B s	抗原精密 - +	
	H C V	抗体 - +	
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す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のでお知らせ下さい。

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。

ADL 状況調査票 ( )様 介護度( )

項目		内容	
食事	形態	常食・粥( )・刻み( )・一口大・ペースト	
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク)・一部介助・全介助	
	カロリー数、塩分量	カロリー( )・塩分( )	
	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します。	
	水分	とろみ(有・無) 他( )	
	問題・工夫		
排泄	方法	日中：自立トイレまで誘導・スホン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介護)・パット・オムツ 夜間：自立トイレまで誘導・スホン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介護)・パット・オムツ	
	尿意・便意の有無	有 無	
	1日の排泄回数	日中( 回) 夜間( 回)	
	便秘有無	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・特浴・他	
	洗身	自立・一部介護・全介護	
	洗髪	自立・一部介護・全介護	
	問題・工夫		
更衣	更衣	自立・一部介護・全介護	
	ボタンのかけはずし	自立・一部介護・全介護	
	スホンの上げ下ろし	自立・一部介護・全介護	
	靴下着脱	自立・一部介護・全介護	
	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・一部介護・全介護	
	立ち上がり	自立・一部介護・全介護	
	移乗	自立・一部介護・全介護	
	端座位保持	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 自立・一部介助・全介助
	起き上がり	自立・一部介助・全介助	整理整頓 自立・一部介助・全介助
	歯磨き	自立・一部介助・全介助	爪きり 自立・一部介助・全介助
	うがい	自立・一部介助・全介助	髭剃り 自立・一部介助・全介助
	洗顔	自立・一部介助・全介助	手洗い 自立・一部介助・全介助
	耳の手入れ	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	
	拘縮	有・無	

## 利用料金表 短期入所（特室）

2018年4月現在 (単位:円)

要介護度	保険適用 (1割)	夜勤職員 配置加算	サービス提供 体制強化加算	在宅復帰療養 支援機能加算	個別リハビリ 加算	日用品費	衣類リース (目安)	食費	居住費	特室料金	1割負担 合計/日	2割負担 合計/日
要介護1	892	26	19	36	258	230	400	1,840	2,700	1,700	8,101	9,260
要介護2	940	26	19	36	258	230	400	1,840	2,700	1,700	8,149	9,356
要介護3	1,007	26	19	36	258	230	400	1,840	2,700	1,700	8,216	9,490
要介護4	1,063	26	19	36	258	230	400	1,840	2,700	1,700	8,272	9,602
要介護5	1,118	26	19	36	258	230	400	1,840	2,700	1,700	8,327	9,712

### 負担限度額認定者

	食費(日額)	居住費(日額)
第二段階	390円	820円
第三段階	650円	1,310円

※金額はあくまでも目安になります。詳細はお問い合わせ下さい。  
※上記の加算項目は1割負担で記載しております。

## 利用料金表 短期入所（特室）

2018年4月現在 (単位:円)

要介護度	保険適用 (1割負担)	夜勤職員 配置加算	サービス提供 体制強化加算	在宅復帰療養 支援機能加算	個別リハビリ 加算	日用品費	衣類リース (目安)	食費	居住費	特室料金	1割負担 合計/日	2割負担 合計/日
要支援1	666	26	19	36	258	230	400	1,840	2,700	1,700	7,875	8,808
要支援2	834	26	19	36	258	230	400	1,840	2,700	1,700	8,043	9,144

### 負担限度額認定者

	食費(日額)	居住費(日額)
第二段階	390円	820円
第三段階	650円	1,310円

※金額はあくまでも目安になります。詳細はお問い合わせ下さい。  
※上記の加算項目は1割負担で記載しております。

### 加算項目(短期入所)

項目	金額		摘要
	1割	2割	
送迎加算	片道 197円	394円	施設の車両を使用した場合
療養食加算	1食 9円	17円	療養食(糖尿病・腎臓病食等)を提供した場合
緊急時治療管理費	1日 548円	1,096円	3日限度
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日 214円	429円	在宅での生活が困難で緊急入所と判断された場合
若年性認知症入所者受入加算	1日 129円	257円	若年性認知症の利用者を受け入れケアを提供した場合
重度療養管理費	1日 129円	257円	要介護4・5の方でストーマ・胃ろうの処置をしている場合
緊急短期入所受入加算	1日 96円	193円	利用者の状態や家族の事情等により短期入所が必要とされた場合

### 加算項目(予防短期入所)

項目	金額		摘要
	1割	2割	
送迎加算	片道 197円	394円	施設の車両を使用した場合
療養食加算	1食 9円	17円	療養食(糖尿病・腎臓病食等)を提供した場合
緊急時治療管理費	1日 548円	1,096円	3日限度
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日 214円	429円	在宅での生活が困難で緊急入所と判断された場合
若年性認知症入所者受入加算	1日 129円	257円	若年性認知症の利用者を受け入れケアを提供した場合

### 自費負担項目(選択) ※入所の方が対象となります

項目	金額		内容
	1割	2割	
日用品	1日	230円	シャンプー・薬用ハンドソープ・歯磨き粉・歯ブラシ・入歯洗浄剤・ティッシュペーパー
教養娯楽	1回	300円	おしぼり・タオル・コップ
特別行事費	1回	実費	クラブ活動・レクリエーション材料費
理美容代	1回	実費	特別な行事にかかる費用
健康管理費	1回	実費	シェービング・カット・パーマ・白髪染め・ヘアマニキュア
嗜好品	1回	実費	インフルエンザ予防接種
嗜好品	1回	実費	牛乳・ヨーグルト・ヤクルト・他
診断書(所定様式あり)	1通	4,200円	文書作成費
診断書(所定様式なし)	1通	3,150円	文書作成費
証明書	1通	2,100円	文書作成費
特別室A	1日	1,550円	
特別室B	1日	1,700円	液晶テレビ・オーディオ・タンス・木目調電動ベッド