

介護老人保健施設サンライズ ショートステイ利用料(2階)

一般棟 【多床室】

要介護	介護保険	夜間体制 加算	サービス提 供体制強化 加算	1日あたり	施設利用料(実費)	
	1割負担分			合計	食材費	多床室
1	867	24	6	897	朝 ¥400 昼 ¥500 間 ¥100 夕 ¥500	¥370
2	941	24	6	971		¥370
3	1,003	24	6	1,033		¥370
4	1,059	24	6	1,089		¥370
5	1,114	24	6	1,144		¥370

一般棟 【個室】

要介護	介護保険	夜間体制 加算	サービス提 供体制強化 加算	1日あたり	施設利用料(実費)	
	1割負担分			合計	食材費	個室
1	788	24	6	818	朝 ¥400 昼 ¥500 間 ¥100 夕 ¥500	¥1,000
2	859	24	6	889		¥1,000
3	921	24	6	951		¥1,000
4	977	24	6	1,007		¥1,000
5	1,032	24	6	1,062		¥1,000

介護老人保健施設 サンライズ ショートステイ利用料(3階)

認知症棟 【多床室】

要介護	介護保険	夜間体制 加算	サービス提 供体制強化 加算	認知症ケ ア加算	1日あたり	施設利用料(実費)	
	1割負担分				合計	食費	多床室
1	867	24	6	76	973	朝 ¥400 昼 ¥500 間 ¥100 夕 ¥500	¥370
2	941	24	6	76	1,047		¥370
3	1,003	24	6	76	1,109		¥370
4	1,059	24	6	76	1,165		¥370
5	1,114	24	6	76	1,220		¥370

認知症棟 【個室】

要介護	介護保険	夜間体制 加算	サービス提 供体制強化 加算	認知症ケ ア加算	1日あたり	施設利用料(実費)	
	1割負担分				合計	食費	個室
1	788	24	6	76	894	朝 ¥400 昼 ¥500 間 ¥100 夕 ¥500	¥1,000
2	859	24	6	76	965		¥1,000
3	921	24	6	76	1,027		¥1,000
4	977	24	6	76	1,083		¥1,000
5	1,032	24	6	76	1,138		¥1,000

その他 加算料金

個別加算	
個別リハビリテーション実施加算	240単位
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位
緊急短期入所受入加算	90単位
若年性認知症利用者受入加算	120単位
重度療養管理加算	120単位
利用者に対して送迎を行う場合	184単位
療養体制維持特別加算	27単位
療養食加算	23単位
緊急時施設療養費(一)	511単位

リース服利用(1日)	¥650(税別)
<p>※リース服の利用切り替えはいつでも対応いたします。お気軽にお申し付けください。</p>	

日常生活品費(1日)	¥100～¥200前後
<p>歯ブラシ・歯磨き粉・ポリデント・入浴・喫茶・音楽療法など</p> <p>※利用回数によって異なります</p>	

その他料金	
洗濯代	¥100/回
テレビ代	¥200/日

文章料(1通)	¥3000(税別)
<p>※内容によって料金が異なります。</p>	

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方(1日あたりの負担限度額)

利用者負担額	居住費等の負担限度額		食費の負担限度額
	従来型個室	多床室	
第1段階	490円	0円	300円
第2段階	490円	370円	390円
第3段階	1310円	370円	650円

※低所得者の方への自己負担額の軽減、世帯全員が市民非課税の方や生活保護を受けておられる方等については、市町に申請し発行された証明書をご提示いただくことで施設入所にかかる食費・居住費について負担が軽減されます。

※地域区分 7級地〔10.14単位〕となります。(単位:円)

※介護職員処遇改善加算：算定した単位数【I】2.7%の加算となります。

予防ショートステイ(2階/3階)

〔多床室〕 / 単位

要支援	介護保険 1割負担分	夜間体制加算	サービス提供体 制強化加算	加算合計	1日あたり施設利用料(実費)	
					食材費	多床室
1	652	24	6	682	朝 ¥400 昼 ¥500 間 ¥100 夕 ¥500	¥370
2	807	24	6	837		¥370

〔個室〕 / 単位

要支援	介護保険 1割負担分	夜間体制加算	サービス提供体 制強化加算	加算合計	1日あたり施設利用料(実費)	
					食材費	個室
1	613	24	6	643	朝 ¥400 昼 ¥500 間 ¥100 夕 ¥500	¥1,000
2	753	24	6	783		¥1,000

※地域区分7級地 ⇒ 1単位=10.14円

※介護職員処遇改善加算:算定した単位数【I】2.7% の加算となります。

その他加算料金

個別加算/単位	
個別リハビリテーション実地加算	240/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200/日
若年性認知症利用者受入加算	120/日
療養体制維持特別加算	27/日
療養食加算	23/日
利用者に対して送迎を行う場合(片道)	184/回

その他料金	
洗濯代	¥100/回
テレビ代	¥200/日

リース服利用(1日)	¥650(税別)
※ リース服の利用切り替えはいつでも対応します。お気軽にお申し付けください。	

日常生活品費(1日)	¥100~¥200前後
歯ブラシ・歯磨き粉・ポリデント・入浴・喫茶・音楽療法など	
※利用回数によって異なります	

文章料(1通)	¥3000(税別)
※内容によって料金が異なります。	

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方(1日あたりの負担限度額)

利用者負担額	居住費等の負担限度額		食費の 負担限度額
	従来型個室	多床室	
第1段階	490円	0円	300円
第2段階	490円	370円	390円
第3段階	1310円	370円	650円

※低所得者の方への自己負担額の軽減、世帯全員が市民非課税の方や生活保護を受けておられる方等については、市町に申請し発行された証明書をご提示いただくことで施設入所にかかる食費・居住費について負担が軽減されます。

情報提供書

医療法人社団 奉志会
 介護老人保健施設 サンライズ
 兵庫県加古郡稲美町国安1237
 TEL(079)496-5211
 FAX(079)492-8717

氏名		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日					
傷病名	①	平成	年	月	日	④	平成	年	月	日		
	②	平成	年	月	日	⑤	平成	年	月	日		
	③	平成	年	月	日	⑥	平成	年	月	日		
既往歴												
病状・障害 の経過・ 治療内容												
服薬内容												
ECG				褥瘡	有 (部位:)			無				
検尿	蛋白()	尿糖()	Uro()	潜血()	その他()			施行日	H	年	月	日
Labo.Data												
アレルギー	薬剤アレルギー: 有 (薬剤名)			無								
感染症	HBs抗原()	HCV()	ワ氏()	MRSA()	結核()	疥癬()	他()	施行日	H	年	月	日
日常生活自立度				J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
認知症老人日常生活自立度				I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V		
身体、神経状態の 特記すべきもの								胸部X-P:(撮影 H 年 月 日)				
生活上の留意事項												
平成 年 月 日				所在地								
				医療機関								
				医師氏名								
				印								

この情報提供書は当施設へ入所する為の参考資料とさせて頂きたく、誠に恐縮ではありますが可能な範囲で
 結核ですので、ご高配の程宜しくお願い致します。

入所・ショートステイ 利用申し込み書（ご家族からの情報提供）

基本情報 ①

平成 年 月 日作成

(フリガナ) 対象者			(男・女)	生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)	
	〒		電話番号							
介護度	認定期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
	障害老人自立度			認知症老人自立度						
緊急連絡先 ①	氏名(フリガナ)	()			続柄			自宅電話		
	生年月日	M・T・S	年	月		日	(歳)			
	住所	〒						携帯電話		
	勤務先							会社電話		
緊急連絡先 ②	氏名(フリガナ)	()			続柄			自宅電話		
	生年月日	M・T・S	年	月		日	(歳)			
	住所	〒						携帯電話		
	勤務先							会社電話		
家族構成			氏名(フリガナ)	年齢	続柄	備考				
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 一線で結ぶ										

基本情報 ②

主な病歴	診断名	診断された医療機関		時期(何歳ごろ)			経過			
				S・H	年	月	日頃	(歳)	継続	治癒
				S・H	年	月	日頃	(歳)	継続	治癒
				S・H	年	月	日頃	(歳)	継続	治癒
				S・H	年	月	日頃	(歳)	継続	治癒
				S・H	年	月	日頃	(歳)	継続	治癒
服薬内容	病院処方薬									
	買い薬									
	塗布・貼り薬									
	点眼・点鼻									
	その他									
感染症	HB抗原	HCV		ワ氏	アレルギー					
主治医 (主治医意見書 記入医に◎)	医療機関名	科目	主治医 氏名		所在地			電話番号		
居宅介護支援事業所				ケアマネ氏名			電話番号			

基本情報 ③

健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 国公共済 <input type="checkbox"/> 地方共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> その他()				
公費負担医療	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 公害 <input type="checkbox"/> 難病 () <input type="checkbox"/> その他()				
他法関係	身障	種	級	年交付(部位)	特記事項
	療育(愛)		度	年交付	
	精神		級	年交付	
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 () () () () ()				
負担限度額	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (第 段階)				
住宅環境	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 自室あり (1階・2階)	<input type="checkbox"/> 自室なし	住宅改修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 賃貸	<input type="checkbox"/> 自室あり (1階・2階)	<input type="checkbox"/> 自室なし	福祉用具購入品	
	<input type="checkbox"/> 集合住宅(階)	<input type="checkbox"/> 自室あり	<input type="checkbox"/> 自室なし		

基本情報 ④

相談の内容	・本人、家族の思いについて
	本人
	家族
	・今、一番困っていることを教えてください。
	本人
	家族
介護力について	・自宅に帰って生活するには、どう改善されたいと思っておりますか。
	本人
	家族
	・老健サンライズに何を望んでいますか。
	本人
	家族
介護力について	・どなたが主にお世話されていますか。
	・他に協力者はいますか。
	・主介護者さんはご本人と同居していますか。
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	・別居と答えた主介護者さんは、どれくらいの頻度で訪問していますか。
	<input type="checkbox"/> 月 回くらい <input type="checkbox"/> 週 回くらい <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> その他()
	・主介護者さんの年齢、健康状態、精神状態
	・主介護者さんはお勤めしていますか。
<input type="checkbox"/> 勤めていない <input type="checkbox"/> 勤めている 何時から ~ まで	
・勤めていると答えた主介護者さんの連絡が付きやすい日時はいつですか。休みの日も教えてください。	

基本情報 ⑤

ご本人の生活歴について	・生まれはどこですか？ ご兄弟・ご姉妹はいますか。それは何番目ですか。	
	・最終学歴は。	
	・どんなお仕事をされてきましたか。いつまで働かれていましたか。	
	・結婚はいつですか。結婚後に住処が変わるなど変化はありましたか。	
	・趣味や好んでやっていたことはなんですか。	
	・ご近所や友人との付き合いは上手でしたか。	
	・性格 家ではどんな方でしたか。職場ではどうでしたか。	
(申し込みまでの経緯) 現在までの経過	※いつ頃から介護が必要になりましたか。きっかけはなんでしたか。	
自宅での生活状況について	・朝は何時に起きますか。(目が覚めてから身体を起こすまで)	
	・夜は何時に寝ますか。(布団に入ってテレビを観ながら寝付くまで)	
	・食事は何時ごろですか。食事はどなたが作っていますか。	
	<input type="checkbox"/> 朝食 時 (パン食・ご飯食) <input type="checkbox"/> 昼食 時 <input type="checkbox"/> 夕食 時	
	・好きな食べ物・飲み物はなんですか。	・嫌いな食べ物・飲み物はなんですか。
	・日中はどのように過ごしていますか。	
在宅サービスについて	訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ・通所サービスの利用日と時間 (事業所名も書いてください)	
	月	
	火	
	水	
	木	
	金	
	土	
	日	

基本情報 ⑥

食事	主食	<input type="checkbox"/> ごはん	<input type="checkbox"/> 軟らかめのご飯	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> その他	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> みじん切り	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他(
	飲み物	<input type="checkbox"/> 水、お茶が飲める(むせがない・ある)				<input type="checkbox"/> トロミをつける[薄いトロミ・濃いトロミ]
	治療食	<input type="checkbox"/> 無				
	食べ方	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン・フォーク	<input type="checkbox"/> 自助食器	<input type="checkbox"/> ストロー	<input type="checkbox"/> その他(
口腔ケア	義歯	<input type="checkbox"/> 上下とも入れ歯	<input type="checkbox"/> どちらか入れ歯(上・下)	<input type="checkbox"/> 入れ歯なし	<input type="checkbox"/> 自分の歯が残っている	
		<input type="checkbox"/> 自分で取り外しできる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> その他(
排泄	下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ(昼・夜)	<input type="checkbox"/> 布パンツ+パット(昼・夜)	<input type="checkbox"/> 紙パンツ(昼・夜)		
		<input type="checkbox"/> 紙パンツ+パット(昼・夜)	<input type="checkbox"/> オムツ(昼・夜)	<input type="checkbox"/> その他(
	用具	<input type="checkbox"/> トイレ(昼・夜)	<input type="checkbox"/> Pトイレ(昼・夜)	<input type="checkbox"/> 尿器(昼・夜)	<input type="checkbox"/> その他(
		<input type="checkbox"/> 尿バルーン()		<input type="checkbox"/> 便ストマー()		
	一日の排尿回数	[特記]				
	<input type="checkbox"/> トイレ・Pトイレの回数()		<input type="checkbox"/> おむつ交換の回数()		<input type="checkbox"/> その他(
一週間の排便の回数	[特記]					
	<input type="checkbox"/> 自然に毎日	<input type="checkbox"/> 下剤を使用して毎日	<input type="checkbox"/> 下剤を使用して3日おき			
	<input type="checkbox"/> 不定期に下剤服用	<input type="checkbox"/> 浣腸	<input type="checkbox"/> 摘便	<input type="checkbox"/> その他(
入浴	どこで	<input type="checkbox"/> 自宅で風呂にひとりで入っている。		<input type="checkbox"/> 自宅で家族と一緒に風呂に入っている。		
		<input type="checkbox"/> 自宅で訪問サービスを利用して風呂に入っている。		<input type="checkbox"/> 通所サービスを利用している。		
	洗身	<input type="checkbox"/> 介助は必要ない	<input type="checkbox"/> 介助が必要 (一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> その他(
		[特記]				
更衣	上着	<input type="checkbox"/> 介助は必要ない	<input type="checkbox"/> 介助が必要 (一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> その他(
		[特記]				
	ズボン	<input type="checkbox"/> 介助は必要ない	<input type="checkbox"/> 介助が必要 (一部介助・全介助)	<input type="checkbox"/> その他(
		[特記]				
動作	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない		
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない		
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない	
	立位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		[特記]				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行可能(昼・夜)	<input type="checkbox"/> 杖歩行(昼・夜)	<input type="checkbox"/> 伝い歩き(昼・夜)		
		<input type="checkbox"/> 歩行器(昼・夜)	<input type="checkbox"/> 車椅子自走(可能・困難)	<input type="checkbox"/> その他(
		[特記]				
健康	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 [特記]			
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり (右・左) [眼鏡]	<input type="checkbox"/> あり・なし	<input type="checkbox"/> その他(
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり (右・左) [補聴器]	<input type="checkbox"/> あり・なし	<input type="checkbox"/> その他(
	言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる	<input type="checkbox"/> 話にくい	<input type="checkbox"/> ほとんど話せない		
	認知能力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度の障害	<input type="checkbox"/> 中程度の障害	<input type="checkbox"/> 重度の障害	