

ご本人の状況 ※わかる範囲でご記入ください

ふりがな			性別	□男性 □女性	
氏名					
生年月日	□明治 □大正 □昭和	年 月 日	年齢	歳	
担当ケアマネジャー	氏名				
	所属先				
要介護度	※現在の要介護度について該当するものに印を付けて下さい <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 病院などの医療機関				
入院・入所状況	※現在医療機関(病院、診療所)や施設等に居られる方は、入院・入所先の病院名及び入院・入所期間についてご記入下さい。				
	病院(施設)名				
	入院(入所)した時期	年 月 日			
	退院(退所)の時期	年 月(ごろ)まで			
通院状況	通院場所		頻度	ヶ月に 回	
				ヶ月に 回	
				ヶ月に 回	
				ヶ月に 回	
医療状況	※現在受けている処置があれば該当するものすべてに印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有と答えられた方は、以下の該当する番号に丸を振ってください。 ①胃瘻経管栄養 ②鼻腔経管栄養 ③腸瘻経管栄養 ④人工透析 ⑤人工肛門 ⑥褥瘡 ⑦インシュリン注射 ⑧酸素療法 ⑨気管切開 ⑩自己導尿(バルーンカテーテル) ⑪アレルギー(卵などの食べ物や、薬に対するアレルギーの有無) ⑫感染症(個室対応が必要なもの) ⑬精神疾患(通院が必要なもの) ⑭その他()				
	☆お薬手帳をお持ちの方は、できましたら申し込みの書類と共にお持ちください。				

※裏面の記入もお願いします。

令和 年 月 日

ご担当主治医 様

介護老人保健施設 聖十字ハイツ
施設 主治 医
[公 印 省 略]

診療情報提供書依頼状

日頃は、格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、下記の方は、病状安定後、当施設の利用をご希望されております。

つきましては、現病、既往歴、治療経過、最近の検査結果、その他留意事項等をお教えいただきたく、診療情報提供書の作成をお願いいたします。

なお、以下に関しまして貴院の書式に項目の無いものがございましたら、追加記載をお願い申し上げます。

- ① 胸部X線（結核感染等）
- ② 血液検査（HBs 抗原・HCV・TPHA）
- ③ 皮膚疾患

また、現在の投薬処方に関しまして、薬剤情報提供文書（薬情）の添付もお願いいたします。

氏名： _____ 様 性別： 男 ・ 女

生年月日： M・T・S 年 月 日生（ _____ 歳）

診療情報提供書

氏名		性別	男・女
住所			
電話番号			
生年月日	明・大・昭	年	月 日 (歳)

病名 (1) (発症年月日 . .)
(2) (発症年月日 . .)
(3) (発症年月日 . .)
(4) (発症年月日 . .)
(5) (発症年月日 . .)
紹介目的
主な既往歴
主な症状経過又は処置
現在の投薬処方
感染症等検査結果 胸部X線 () HBs抗原 ()・HCV ()・TPHA ()
機能訓練の必要性 無 ・ 有 ()
皮膚疾患 無 ・ 有 ()
褥瘡 無 ・ 有 ()
通院の必要性 無 ・ 有 (処方・検査・)

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

所在地 〒

機関名

医師

印

入居時にお持ちいただくもの

聖十字ハイッ

- ① 健康保険被保険者証または、後期高齢者医療被保険者証
- ② 介護保険証、介護保険負担割合証
- ③ 介護保険負担限度額認定証（お持ちの方）
- ④ 現在服用中の薬剤（2週間分）
- ⑤ 普段着上下：各5組（伸縮がきくものが望ましく、業務用の洗濯機や乾燥機を使用しますので縮みにくいものをご準備ください。）
- ⑥ 肌 着・下着：5枚
- ⑦ 靴 下：5足
- ⑧ パジャマ：3着（着替えをされる方）
- ⑨ 上履き：脱ぎ履きしやすく（マジックテープ等）リハビリに適するものを1足
- ⑩ バスタオル2枚・タオル：5枚
- ⑪ 洗面道具（歯ブラシ、歯磨き）
- ⑫ プラスチック製コップ（洗面用、）
- ⑬ 夜間水分補給用の水筒・コップ・空のペットボトル等
- ⑭ 入れ歯ケース（コップでも可）
- ⑮ 電気カミソリ（必要な方）
- ⑯ 車椅子・ポータブルトイレ（お持ちの方）
購入をご希望の方は、ご相談ください。
- ⑰ 車イス使用時のクッション（体圧分散にはゲルタイプのクッションがおすすめです）
- ⑱ テレビ、ラジオ、置時計など、個人的に必要な品物をお持ちいただいても結構です。
※テレビはアンテナケーブル（1.5m以上のもの）もお持ちください

入居手続きのため、ご本人様とご家族様の印鑑をお持ち下さい。
また、ご利用料の引落の手続きのため通帳と通帳用の印鑑もお持ち下さい。

すべての持物には、必ず名前をご記入下さい。

氏名のないもの、または判別しにくいものは、紛失の恐れがありますのでご協力をよろしくお願いします。

低額利用について

介護老人保健施設「聖十字ハイツ」は、社会福祉事業法第2条第3項に基づき、「生計の困難な方に対して、低額な費用で介護保険法（平成9年法律第123号）にいう介護老人保健施設を利用させる事業（第2種社会福祉事業）」を行っています。

この制度がご利用可能な場合、利用料が一般の方より低額となります。

※対象人数：入居者数の1割。

対象者および、制度の利用基準は下記の通りとなっています。

<対 象 者>

次の1)～3)のいずれかに該当する方

- 1) 生活保護法による被保護者。
- 2) 「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方のうち、認定証に記される「食費の負担限度額」が390円以下の方。
- 3) その他特別な事情があり、上記に準ずる生活困難者であると施設管理者が認めた方。

<低 額 利 用 料 基 準（利用料減免規定第4条）>

- ① 生活保護法に適用を受けていない方
「利用者負担額及び食費、居住費、日常生活費」の合計額の10%を軽減する。※食費、居住費は国の基準額に準じる
- ② 生活保護法に適用を受けている方
低額利用対象者となり、生活保護法で定められる基準に基づいた施設利用料となります。

<期 間>

1年間となります。

ご入居までの流れ

① 入居のお申込み

☆ 申し込みのご説明、施設のご案内をさせていただき、パンフレットと申込書類をお渡しいたします。

② 書類の提出

- 必要書類
- ① 「入居申込書」
 - ② 「ご本人の状況」票
 - ③ 「診療情報提供書」
 - ④ 「介護保険証」のコピー

③ 診療情報の検討 (聖十字ハイツ主治医)

☆ 診療情報提供書を聖十字ハイツの主治医に確認していただき、医療面でご利用可能かが判断されます。

④ 事前面接

☆ 看護師と支援相談員で、ご本人様と面接させていただきます。ご家族様の立ち合いをお願いいたします。

⑤ 入居検討会議の 開催

☆ 面接の結果を元に介護・看護・リハビリスタッフ・栄養士等が集まり、聖十字ハイツをご利用可能かどうかを総合的に判断いたします。

⑥ 契約～本入居

☆ ご家族様にご連絡を差し上げ、入居の日取りを調整させていただきます。



◎金額は目安となっております。ご利用内容や施設の体制によって変動します。



入居

利用料金（入居者負担額30日分）

■基準額 第4段階（市民税課税の方等）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	30,702円	32,371円	34,540円	36,309円	38,011円
居住費（520円/日）	15,600円				
食費（1890円/日）	56,700円				
日常生活費（420円/日）	12,600円				
合計	115,602円	117,271円	119,440円	121,209円	122,911円

☆第3段階～第1段階は「負担限度額認定証」をお持ちの方が対象となります。

■3段階②（減額）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	30,702円	32,371円	34,540円	36,309円	38,011円
居住費（430円/日）	12,900円				
食費（1,420円/日）	42,600円				
日常生活費（420円/日）	12,600円				
合計	98,802円	100,471円	102,640円	104,409円	106,111円

■3段階①（減額）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	30,702円	32,371円	34,540円	36,309円	38,011円
居住費（430円/日）	12,900円				
食費（680円/日）	20,400円				
日常生活費（420円/日）	12,600円				
合計	76,602円	78,271円	80,440円	82,209円	83,911円

■2段階（減額）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	30,702円	32,371円	34,540円	36,309円	38,011円
居住費（430円/日）	12,900円				
食費（390円/日）	11,700円				
日常生活費（420円/日）	12,600円				
合計	67,902円	69,571円	71,740円	73,509円	75,211円

■1段階（減額）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	30,702円	32,371円	34,540円	36,309円	38,011円
居住費（0円/日）	0円				
食費（300円/日）	9,000円				
日常生活費（420円/日）	12,600円				
合計	52,302円	53,971円	56,140円	57,909円	59,611円

【その他の費用】

- ご本人様の利用状況により、発生することがあります。（10,000円/月程度）
私物の洗濯代（220円/日）、理髪代、行事費、各種加算 など。

【備考】

- 食費は1食ごとに設定しております。（朝：430円、昼：730円、夕：730円）
外泊・外出などで食事を欠食された場合、その分の食費は頂戴いたしません。



ショートステイ

■ 介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護（利用1日あたり）

	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
介護保険（1割負担）	734円	880円	975円	1,031円	1,102円	1,160円	1,222円
居住費	520円		520円				
食費	1,890円		1,890円				
日常生活費	420円		420円				
合計	3,564円	3,710円	3,805円	3,861円	3,932円	3,990円	4,052円
負担限度 3段階②（減額）	2,944円	3,090円	3,185円	3,241円	3,312円	3,370円	3,432円
3段階①（減額）	2,614円	2,760円	2,855円	2,911円	2,982円	3,040円	3,102円
2段階（減額）	2,184円	2,330円	2,425円	2,481円	2,552円	2,610円	2,672円
1段階（減額）	1,454円	1,600円	1,695円	1,751円	1,822円	1,880円	1,942円

- ・送迎加算・個別リハビリテーション加算等は含まれておりません。
- ・食費は1食ごとに設定しております。（朝：430円、昼：730円、夕：730円）



通所リハビリテーション

（利用1日あたり）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険（1割負担）	946円	1,099円	1,246円	1,423円	1,596円
食費（730円）	730円				
日常生活費（80円）	80円				
1割負担の方の合計	1,756円	1,909円	2,056円	2,233円	2,406円

予防通所リハビリテーション（利用1月あたり）

	要支援1	要支援2
介護保険（1割負担）	2,689円	4,986円

※1回のご利用ごとに、昼食代（730円）と日常生活費（80円）をいただきます



訪問リハビリテーション（2単位40分あたり）

	要支援	要介護
介護保険（1割負担）	628円	1,148円

