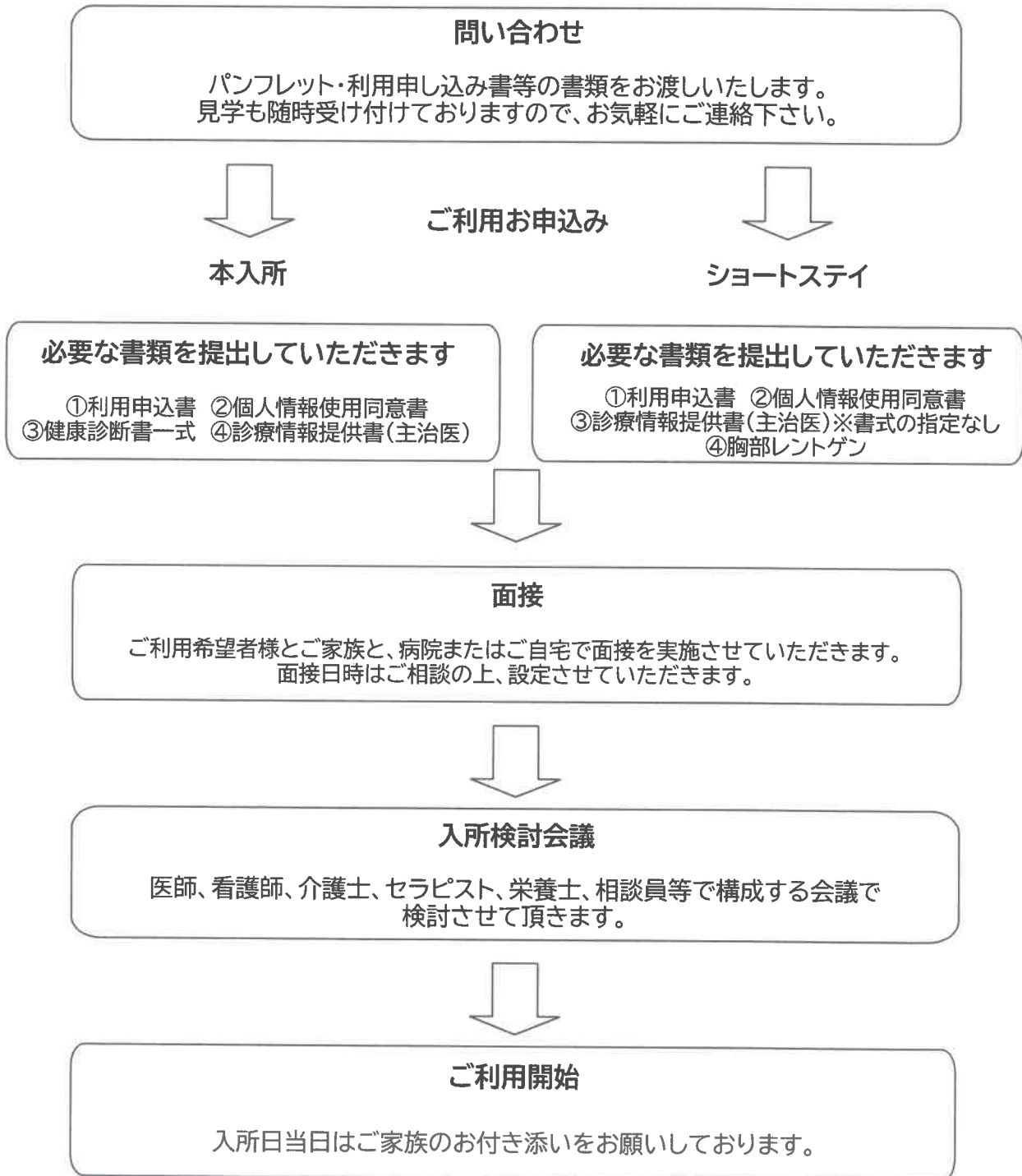


ご利用手続きのご案内

このたびは、「ほほえみの郷横浜」にお問い合わせいただきありがとうございます。
ご利用希望者の現況等を把握するため、ご家族の方とご利用者との面接を実施したいと思います。
面接日は、ご相談の上決定しご連絡します。

＜ご利用までの流れ＞



◆問い合わせ先◆

医療法人社団 悠仁会 介護老人保健施設 ほほえみの郷横浜
〒241-0806 横浜市旭区下川井町220-1
TEL:045-955-5577 FAX:045-951-2991 支援相談員まで

利用申込書

令和 年 月 日

ご利用者様	フリガナ 氏名		性別	生年月日
			男 女	大正・昭和 年 月 日 歳
	住所	〒		
	電話番号			
	介護保険	保険者番号: 被保険者番号:		
	介護度	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	負担限度額	1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階		
お申込者様 (ご家族)	フリガナ 氏名	続柄 ()		
	住所	〒		
	連絡先			
お申込者様 (ケアマネ) (医療相談員)	事業所名			
	病院名			
	住所			
	連絡先	担当者名 ()		
現在の状況	自宅	訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問診療 ・ 通所サービス ・ 短期入所 ・ その他 ()		
	入院(所)中	病院・施設名 入院(所)日: 令和 年 月 日		
医療情報	既往歴			
	服薬状況			
利用希望日	令和 年 月 日～			
身体状況	移乗(歩行、杖歩行、車いす) 食事(経口、胃瘻等) 排泄(自立、誘導、おむつ)			
その他の状況				
問い合わせ先	医療法人社団 悠仁会 ほほえみの郷横浜 〒241-0806 横浜市旭区下川井町220-1 TEL:045-955-5577 FAX:045-951-2991			

日常生活動作（ADL）調査票【介護老人保健施設 ほほえみの郷横浜】

<横浜市介護老人保健施設共通様式>

令和 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

(続柄・職種)

《当てはまる箇所に“○”を付けてください。》

※ 頻度が“ときどき”の場合は“△”を付けてください。 例) (有・無) ☒ 徘徊

項目	レベル			内 容	備 考
食 事	自 立	一部介助	全介助	形態 主食(ご飯・粥・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー) むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割) 治療食(使用具(	
排 泄	日 中 自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
	夜 間 自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
				バルーン ストマ	
				尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿 意(有・無) 便 意(有・無)	
更 衣	上 衣 自 立	一部介助	全介助		
	下 衣 自 立	一部介助	全介助		
入 浴	自 立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
整 容	自 立	一部介助	全介助		
寝 返 り	自 立	一部介助	全介助		
座位保持	自 立	一部介助	全介助		
立位保持	自 立	一部介助	全介助		
移 乗	自 立	一部介助	全介助		
移 動	自 立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	

意思疎通 普通 ・ 困難 (理由:)

認知症 無 ・ 有 (具体的な様子:)

行 動	徘徊	帰宅 願望	介護 拒否	大声・ 奇声	妄想・ 幻覚	暴力・ 暴言	不潔 行為	昼夜 逆転	性的 行為	異 食	盗 食	収集 行為
	(具体的な様子:)											

{その他に何かございましたらご記入ください。}

日常生活動作（ADL）調査票 の 記入方法

《ご本人様が現在行える動作・内容・行動について、
当てはまる箇所に“○”（頻度が“ときどき”の場合は“△”）
をご記入ください。》

有・ときどき・無 について

- 有** : よく有る状態。だいたい、1日の中で何回か有る場合。
ときどき : ときどき有る状態。だいたい、1週間で何回か有る場合。
無 : ほとんど無い状態。有ってもだいたい1ヶ月で数回の場合。

レベル（自立・一部介助・全介助）について

- 自立** : セッティング(用意すれば)・声かけ・見守りなど行えば、だいたいご自分で行える場合。
一部介助 : ご自分でも行なえる部分があるが直接介助が必要な場合。
全介助 : その動作に対し全面的に介助が必要な場合。

☆ 一部介助に当てはまる場合は、備考欄に必要な介助内容をご記入ください。

- 例) **食事** ・多少食べこぼしがあっても召し上がる動作が可能であれば**自立**。
・時間がないので介助してしまうがゆっくりでもご自分で召し上がれる場合は**自立**。
・一気に召し上がりむせてしまうので少しずつ分けて提供する場合は**一部介助**。

- 更衣** ・準備しておけば着替えられる場合は**自立**。
・着る順番がちぐはぐで一つずつ手渡しする場合は**一部介助**。

内容について

該当する場合は（ ）内の空欄にもご記入ください。その他気になる点などございましたら空欄や備考欄にご記入ください。

- 食事** : 『粥』は、全粥、3分・5分粥などを含みます。詳細は備考欄にご記入ください。
: 『一口大』は食べやすい大きさにほぐしたり、一口大にカットする。『ミジン』は細かいみじん切りです。その他の工夫などは、備考欄にご記入ください。
: 『食欲』は、ときどき・無の場合、普段どのくらいの量を召し上がれるのか全体の『何割』くらいとご記入ください。

- 入浴** : 『中間浴』は、リフト浴やチェア浴・シャワー浴と呼ばれる中間的な入浴方法です。詳細や工夫は備考欄にご記入ください。

意思疎通について

言葉による会話が可能であれば普通。会話に工夫が必要であれば困難でその理由・方法をお書きください。

- 困難の例**) ・言語障害があり、筆談による会話が可能な場合。“言語障害あり。会話は筆談。”
・認知症による場合。“その場の受け答えのみ” “認知症重度の為、疎通困難”

行動について

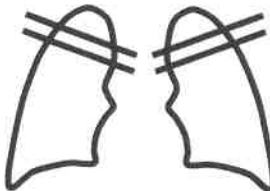
当てはまる行動がある、又はそれ以外の行動がある場合は、具体的な様子にご記入ください。

- 不潔行為** : オムツはずしや便をさわる行為。放尿や放便も含まれます。
昼夜逆転 : 昼間寝ていて夜起きている逆転傾向の状態。夜間不眠も含まれます。
異食 : 食べられないものを口に入れる行為。

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 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
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	- ± +	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。

令和 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 令和 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。

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先

医療法人社団悠仁会
ほほえみの郷横浜

担当医 阿部 敏明 先生 御待史

医療機関の所在地および名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日	性別 男・女 明・大・昭・平 年 月 日 年齢 歳
傷病名	
紹介目的	ほほえみの郷横浜への(本入所 ・ ショートステイ)利用の為
既往歴 および 家族歴	
症状経過 および 検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

注 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。

個人情報使用同意書

私は、適切な介護保険サービスを利用するために、市町村、
居宅介護支援事業者等への必要な情報提供、あるいは、
医療機関等への療養情報を提供することに同意します。

医療法人社団 悠仁会 ほほえみの郷横浜
施設長 阿部敏明 様

令和 年 月 日

＜利用者＞

住所

氏名

印

＜申込者＞

住所

氏名

印

入所利用料金表

令和3年4月1日改訂

【1日当たりの負担金】					1割負担	2割負担	3割負担
サービス費	要介護1	796単位/日			854円	1,707円	2,560円
	要介護2	841単位/日			902円	1,803円	2,705円
	要介護3	903単位/日			968円	1,936円	2,904円
	要介護4	956単位/日			1,025円	2,050円	3,075円
	要介護5	1009単位/日			1,082円	2,164円	3,245円
介護保険対象	夜間職員配置加算	24単位/日			26円	52円	78円
	短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/回（入所後3ヶ月以内）			258円	515円	772円
	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	33単位/月			36円	71円	106円
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/回（入所後3ヶ月以内）			258円	515円	772円
	若年性認知症入所者受入加算	120単位/日			129円	258円	386円
	認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位/日			4円	7円	10円
	認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位/日			5円	9円	13円
	外泊時費用（初日、最終日除く）	362単位/日（6日限度/月）			388円	776円	1,164円
	外泊時在宅サービス利用の費用	800単位/日（6日限度/月）			858円	1,716円	2,573円
	ターミナルケア加算（死亡日45日前～31日前）	80単位/日			86円	172円	258円
	ターミナルケア加算（死亡日以前4日以上30日以下）	160単位/日			172円	343円	515円
	ターミナルケア加算（死亡日以前2日又は3日）	820単位/日			879円	1,758円	2,637円
	ターミナルケア加算（死亡日）	1650単位/日			1,769円	3,538円	5,307円
	療養体制維持加算	27単位/日			29円	58円	87円
	初期加算（入所30日まで）	30単位/日			33円	65円	97円
	入所前後訪問指導加算Ⅰ	450単位/回			483円	965円	1,448円
	入所前後訪問指導加算Ⅱ	480単位/回			515円	1,029円	1,544円
	試行的退所時指導加算/回	400単位/回			429円	858円	1,287円
	退所時情報提供加算	500単位/日（1回）			536円	1,072円	1,608円
	入退所前連携加算Ⅰ	600単位/回			644円	1,287円	1,930円
	入退所前連携加算Ⅱ	400単位/回			429円	858円	1,287円
	訪問看護指示加算	300単位/日（1回）			322円	644円	965円
	栄養マネジメント強化加算	11単位/日			12円	24円	36円
	再入所時栄養連携加算	400単位/回（1人につき1回限度）			429円	858円	1,287円
	経口移行加算	28単位/日			30円	60円	90円
	経口維持加算Ⅰ	400単位/月			429円	858円	1,287円
	経口維持加算Ⅱ	100単位/月			108円	215円	322円
	口腔衛生管理加算Ⅰ	90単位/月			97円	193円	290円
	口腔衛生管理加算Ⅱ	110単位/月			118円	236円	354円
	療養食加算	6単位/回			7円	13円	20円
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	34単位/日			37円	73円	110円
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ	46単位/日			50円	99円	148円
	地域連携診療計画情報提供加算	300単位/日（1回限り）			322円	644円	965円
	科学的介護推進加算Ⅰ	40単位/月			43円	86円	129円
	科学的介護推進加算Ⅱ	60単位/月			65円	129円	193円
	自立支援促進加算	300単位/月			322円	644円	965円
	かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰ	100単位/回（1人につき1回限度）			108円	215円	322円
	かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ	240単位/回（1人につき1回限度）			258円	515円	772円
	かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅲ	100単位/回（1人につき1回限度）			108円	215円	322円
	所定疾患施設療養費Ⅰ	239単位/日（月7日まで）			257円	513円	769円
	所定疾患施設療養費Ⅱ	480単位/日（月10日まで）			515円	1,029円	1,544円
	緊急時施設療養費	518単位/日（3日限度）			556円	1,111円	1,666円
	認知症情報提供加算	350単位/日			376円	751円	1,126円
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日（7日間限度）			215円	429円	644円
	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3単位/月（3月に1回）			4円	7円	10円
	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13単位/月			14円	28円	42円
	褥瘡マネジメント加算Ⅲ	10単位/月			11円	22円	33円
	排せつ支援加算Ⅰ	10単位/月			11円	22円	33円
	排せつ支援加算Ⅱ	15単位/月			16円	32円	48円
	排せつ支援加算Ⅲ	20単位/月			22円	43円	65円
	排せつ支援加算Ⅳ	100単位/月			108円	215円	322円
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の 3.9%					
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	算定単位数の 2.1%					
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	算定単位数の 1.7%					
	安全対策体制加算	20単位/回（入所時に1回）			22円	43円	65円
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位/回（日）			24円	47円	71円
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位/回（日）			20円	39円	58円
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位/回（日）			7円	13円	20円
介護保険対象外	特別室料（※1）	山岳亭 Cユニット 富士山（301～310） 湖畔亭 Cユニット 芦ノ湖（201～210） 山岳亭 Dユニット 浅間山（321～330） 湖畔亭 Dユニット 琵琶湖（221～230） 海洋亭 Cユニット 太平洋（101～110） 海洋亭 Dユニット 日本海（121～130）	10部屋 10部屋 10部屋 10部屋 10部屋 10部屋		5,238円 4,190円 4,190円 3,143円 4,190円 3,143円	（※2） （※2） （※2） （※2） （※2） （※2）	
	居住費				2,548円	（※3）	
	食費				1,998円	（※3）	
	おやつ代（嗜好飲料含む）				99円	（※2）	
	教養娯楽費				実費		
	電気代（持ち込み電化製品がある場合のみ）				130円	（※2）	
	理美容代				実費		
	健康管理費 特別な予防接種代等				実費		
	特別行事費 季節毎の特別行事時に徴収致します				実費		
	特別行事食 季節毎の特別行事食時に徴収致します				実費		
	介護老人福祉（保健）施設入所診断書				22,000円	（※2）	
	生命保険会社用診断書				16,500円	（※2）	
文書料	死亡診断書				16,500円	（※2）	
	普通診断書				5,500円	（※2）	
	入所証明書				5,500円	（※2）	
	領収証明書				1,100円	（※2）	

① 特別室ご入所の場合は、介護保険料の他に特別室料（※1）がかかります。

② （※2）は消費税込の金額 （※3）は非課税です。

③ 介護費の計算方法 要介護1（3割負担の方の場合）

781単位×10.72（地域単価）＝8,372円/日 8,372円×（1-0.3）＝5,860円/日 8,372円-5,860円＝2,512円/日（自己負担）

ご利用料金表(短期療養介護)

介護老人保健施設 ほほえみの郷横浜

令和3年4月1日改訂

令和3年4月1日改訂

【1日当たりの負担金】			1割負担	2割負担	3割負担	
サービス費	要支援1		621単位/日	666円	1,332円	1,998円
	要支援2		782単位/日	839円	1,677円	2,515円
	要介護1		833単位/日	893円	1,786円	2,679円
	要介護2		879単位/日	943円	1,885円	2,827円
	要介護3		943単位/日	1,011円	2,022円	3,033円
	要介護4		997単位/日	1,069円	2,138円	3,207円
	要介護5		1049単位/日	1,125円	2,249円	3,374円
介護保険対象	夜間職員配置加算		24単位/日	26円	52円	78円
	個別リハビリテーション実施加算		240単位/日	258円	515円	772円
	認知症ケア加算		76単位/日	82円	163円	245円
	認知症行動・心理症状緊急対応加算		200単位/日（7日を上限に）	215円	429円	644円
	緊急短期入所受入加算		90単位/日（14日間限度）	97円	193円	290円
	総合医学管理加算		275単位/日	295円	590円	885円
	若年性認知症利用者受入加算		120単位/日	129円	258円	386円
	重度療養管理加算（要介護4・5に限る）		120単位/日	129円	258円	386円
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）		34単位/日又は46単位/日	37円又は50円	73円又は99円	110円又は148円
	送迎加算		184単位/日（片道あたり）	198円	395円	592円
	療養食加算		8単位/食	9円	17円	26円
	認知症専門ケア加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）		3単位/日又は4単位/日	4円又は5円	7円又は9円	10円又は13円
	緊急施設療養費		511単位/日（3日を限度）	556円	1,111円	1,666円
	サービス提供体制加算Ⅰ		22単位/日	24円	47円	71円
	サービス提供体制加算Ⅱ		18単位/日	20円	39円	58円
	サービス提供体制加算Ⅲ		6単位/日	7円	13円	20円
	介護職員処遇改善加算Ⅰ		所定単位数の39/1000			
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ		所定単位数の21/1000			
	介護保険対象外	特別室料 （※1）	山岳亭 富士山（301～310）	10部屋	5,238円（※2）	
			湖畔亭 芦ノ湖（201～210）	10部屋	4,190円（※2）	
山岳亭 浅間山（321～330）			10部屋	4,190円（※2）		
湖畔亭 琵琶湖（221～230）			10部屋	3,143円（※2）		
海洋亭 太平洋（101～110）			10部屋	4,190円（※2）		
海洋亭 日本海（121～130）			10部屋	3,143円（※2）		
居住費				2,548円（※3）		
食費		朝食		554円（※3）		
		昼食		722円（※3）		
		夕食		722円（※3）		
おやつ代		（嗜好飲料含む）		99円（※2）		
教養娯楽費				実費		
理美容代				実費		
特別行事費		季節毎の特別行事時に徴収致します		実費		
特別行事食		季節毎の特別行事食時に徴収致します		実費		
健康管理費	特別な予防接種代等		実費			

① 特別室ご入所の場合は、介護保険料の他に特別室料(※1)がかかる場合があります。

② (※2)は、消費税込の金額、(※3)は、非課税です。