

この度は「医療法人社団緑心会グリーンアルス伊丹」のご利用相談いただき、ありがとうございます。

正式な申込書と必要な書類内容です。

- ・ **ご利用までの流れ**
- ・ **ご利用申し込み書（☆）**
- ・ **A D L 表（☆）**
- ・ **診療情報提供書（☆）**
- ・ **ご利用者様の薬剤情報など（☆）**

☆印の付いた書類がそろいましたら、下記まで提出してください。

提出していただいた書類をもとに面談日程をご連絡致します。

なお、施設内見学ご希望の方は、お申し出下さい。

宜しくお願い致します。

〒664-0028

伊丹市西野3丁目240

TEL: **072-779-6600** FAX: 072-784-4822

医療法人社団緑心会

介護老人保健施設グリーンアルス伊丹

※電話番号のお掛け間違いにより、一般の方へご迷惑をおかけする事象が発生しております。

グリーンアルス伊丹へご連絡の際は、電話番号をよくお確かめのうえ、お掛け間違いのないようお願い申し上げます。

相談受付～ご利用開始までの流れ

まずは、要介護認定を受ける必要があります。

① ご相談

ご家族様の来所により必要書類のお渡し、事前面談。

② ご利用申し込み

- ・ 申し込み書（ご家族様にて記入をお願いします。）
- ・ 診療情報提供書（かかりつけ医、入院されている病院にて記入。）
- ・ 入所者用日常生活動作確認表（ADL表）
（担当ケアマネジャー、ヘルパー、担当相談員、入院担当看護師などが記入。）

③ ご利用者様面談

申し込み書を提出して頂いた方から、面談等のご連絡をさせていただきます。
診療情報提供書、入所者用日常生活動作確認表は、完成次第お届けください。

④ 適合審査

ご本人様の状態、ご家族の状況を総合的に確認致します。

⑤ 通 知

審査の結果を電話にて連絡させていただきます。
（当施設で対応できない場合もあります。）

⑥ ご利用手続き

利用手続き完了後、利用開始となります。

以上が、ご利用までの流れです。手続き期日は、前後する場合がありますのでご了承下さい。

医療法人社団緑心会 利用申込書

令和 年 月 日

ご利用者	フリガナ	男 ・ 女	・明治	
	氏名		(印)	
	フリガナ	住所		

ご連絡先	フリガナ	利用希望者との続柄	電話番号:
	氏名	(印)	携帯電話:
	フリガナ	住所	

身元保証人	フリガナ	利用希望者との続柄	電話番号:
	氏名	(印)	携帯電話:
	フリガナ	住所	

利用希望サービス	・介護老人保健施設 グリーンアルス伊丹 ・施設入所(在宅復帰のための機能訓練 ・在宅生活が困難なため ・短期集中リハビリ) ・ショートステイ ・通所リハビリテーション ・デイケアセンター グリーンフェアネス ・訪問リハビリテーション ・サービス付き高齢者向け住宅 グリーンアネックス西野(入居 短期入居)
----------	---

利用前面談方法	・来所できる (ご家族 ・ ご本人) ・面談できる場所、日時等 ・来所できない(ご家族 ・ ご本人) ()
---------	--

要介護区分	・要支援() ・要介護() ・更新申請中 ・区分変更中 認定有効期限 令和 年 月末まで 担当支援事業者名: 担当ケアマネージャー:
-------	---

保険種別	身体障害者手帳(無 ・ 有 級)障害名: 食費等標準負担額減免(無 ・ 有) 社保(本人・家族) 国保(本人・家族) 後期高齢生活保護(担当者名:) その他()
------	--

現在の状況	<input type="checkbox"/> 同居(誰と:) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 入院(所)中[入院(所)先:] 年 月 日~
-------	--

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス 週 日 <input type="checkbox"/> デイケア 週 日 <input type="checkbox"/> ヘルパー 週 日 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 日 <input type="checkbox"/> ショートステイ
----------	---

かかりつけ医療機関	医療機関名: 診療科: 内科 外科 整形外科 脳外科 歯科 眼科 その他()
-----------	---

療養室の希望(入所)	希望のものに○をつけて下さい。(日額は1日あたりの税込み代金です。) ・個室【2,193円(1,668円+525円)】 ・2人部屋【1,952円(377円+1,575円)】 ・4人部屋【377円】 ・希望順位等()
------------	---

※身元保証人の方は、入所希望者と共に下記事項を守って下さい。
 ・他の利用者の迷惑になることは謹んで下さい。
 ・利用料は、期日までにお支払い下さい。
 上記事項が、守られない時は、やむを得ず退所していただく場合がございます。

日常生活動作確認表(ADL表)

氏名： _____ 様 男・女 記載日： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

現主病名： _____ 記載者： _____

項目		該当するものに○をつけてください			
	身長	cm	体重	Kg	
移動	手段	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・寝たきり			
	状態	自立・見守り・一部介助・全介助			
	寝返り	支障なし・介助で可・片側のみ可(側)・不可			
	立位保持	支障なし・つかまれば可・瞬間的には可・不可			
	座位保持	支障なし・短時間程度なら可(時間程度)・不可			
排泄	手段	トイレ・ポータブルトイレ・リハパンツ・尿パッド・平型オムツ・その他			
	状態	自立・見守り(誘導含む)・一部介助・全介助			
	失禁	無・時々あり・常時	尿意：有・時々有り・無		
入浴	手段	一般浴(家庭浴槽)・機械浴・シャワー浴・清拭・未実施			
	状態	自立・見守り・一部介助・全介助			
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助			
食事	主食	軟飯(米飯)・お粥・ペースト・経管栄養()			
	副食	軟菜(常食)・一口大・キザミ・ペースト			
	嚥下	良好・見守り・不良	過去に誤嚥 有・無		
	状態	自立・見守り・一部介助・全介助：はし、スプーン、その他			
	食事制限	無・有()		食事摂取(平均) 割	
		*糖尿病の場合は最終血糖値を記入してください。() 月 日			
義歯	無・総義歯(上・下)・部分義歯()				
精神状況	夜間不眠・暴言や暴力・幻覚幻聴・帰宅願望・無断退去・作話妄想・徘徊 介護への抵抗・不潔行為・その他具体的に()				
	HDS-R	点(月 日実施)	意思疎通	良好・一部可・不良	
自立度	障害	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知	正常・I・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M			
視聴覚	視力	支障なし・低下(側)・失明(側)・白内障(有・無)			
	聴力	支障なし・低下(側)・失聴(側)・補聴器(有・無)			
リハビリ	実施内容(未実施の場合はその理由をお書き下さい)				
医療面	常時喀痰吸引・ストマの処置・経鼻・胃ろう・褥瘡治療・気管切開 その他()				

診療情報提供書

医療法人社団 緑心会

氏名	男 (明治・大正・昭和) ・ 女 年 月 日生(歳)					
住所	〒					
傷病名			既往歴			
症状・経過						
処置等	常時喀痰吸引・ストマ処置・膀胱バルーン・胃瘻・インスリン治療 その他()					
投薬内容						
身体状態	麻痺(- ・ +)部位 筋力低下(- ・ +)部位		関節拘縮(- ・ +)部位 不随意運動(- ・ +)部位			
認知症	無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)					
周辺症状	無 ・ 有 (徘徊 ・ 奇声 ・ 異食 ・ 不穏 ・ 妄想 ・ 昼夜逆転)					
皮膚疾患	疥癬(- ・ +) *その他		褥瘡(- ・ +)			
アレルギー	無 ・ 有 ()					
検査 (実施日) 年 月 日	検尿	糖		生化学	AST	
		蛋白			ALT	
		潜血			BUN	
	血液学	白血球			クレアチニン	
		赤血球			UA	
		Hb			LDLコレステロール	
		Ht			アルブミン	
		血小板			Na	
	PT-INR(ワーファリン内服者)				K	
	感染症	HBs抗原	(- ・ +)		血糖	
HCV抗体		(- ・ +)	HbA1c(糖尿病患者)			
TP抗体		(- ・ +)	CRP			
心電図	(所見)		胸部X線	(所見)		
					結核の影像(陳旧性・新規・無)	

以上の検査データは全て必要となります。

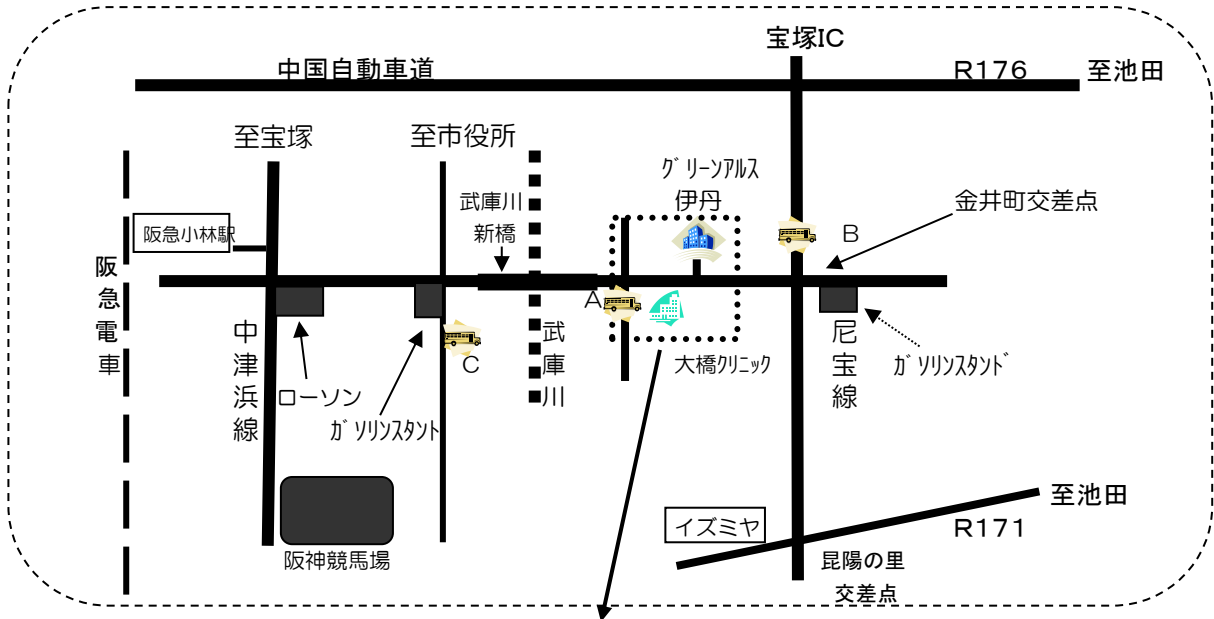
(データは添付でも可。尚、直近3ヶ月以内のものをお願いします。)

令和 年 月 日 医療機関名
所在地
担当医師名
TEL

印

医療法人社団緑心会 各事業所 近隣図

- A: 伊丹市バス---JR/阪急伊丹駅より17-1・18-1系統西野団地下車徒歩2分
- B: 阪神バス-----JR/阪急宝塚駅より鳥島下車徒歩5分
- C: 阪急バス-----阪急甲東園駅・逆瀬川駅より35系統美幸町下車徒歩12分



拡大図

