

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。

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。

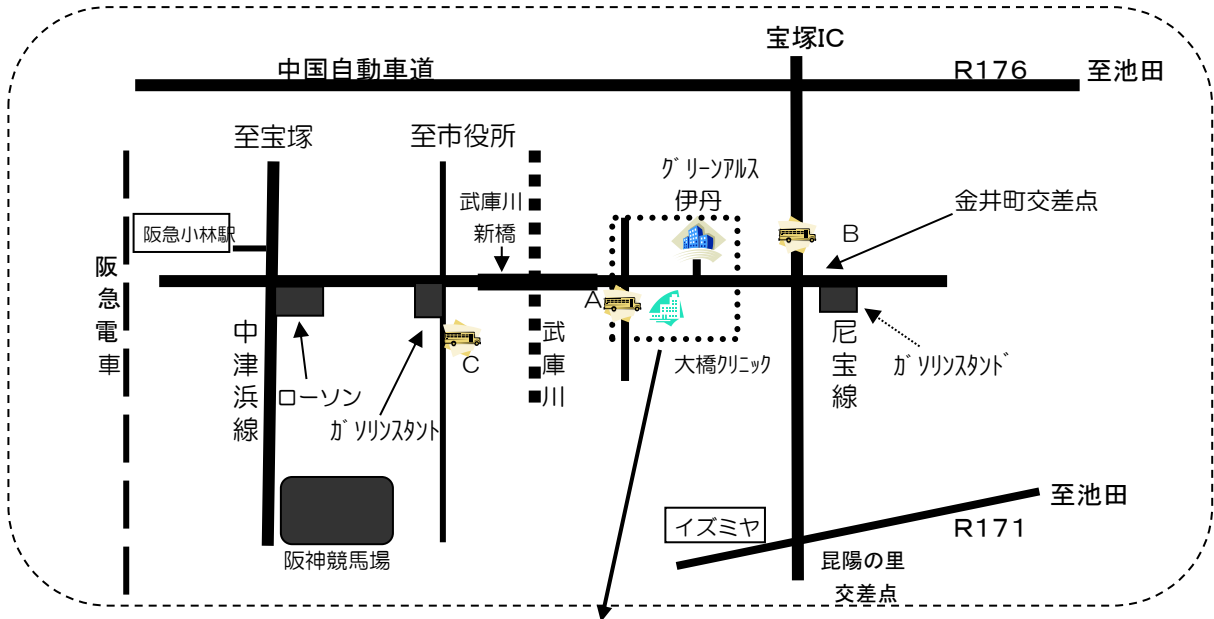
(データは添付でも可。尚、直近3ヶ月以内のものをお願いします。)

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

