

介護老人保健施設 ほほえみの里 きど

入所申込みのご案内

入所をご希望される方は、次のとおりお申し込みください。
入所に際しては、書類提出後判定会議にて検討させていただきます。

○提出書類

- | | |
|--|----|
| ・入所申込書 | 1部 |
| ・新潟市介護サービス共通診療情報提供書・連絡票
（主治医の方にご記入を依頼して下さい） | 1部 |
| ・介護保険被保険者証（緑色）写し | 1部 |
| ・介護保険負担割合証（紫色）写し | 1部 |
| ・負担限度額認定証（桃色）写し ※お持ちの方のみ | 1部 |

ご不明な点やご質問がございましたら、どうぞご遠慮なく当施設まで
お問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

ご連絡電話番号

介護老人保健施設 ほほえみの里 きど
〒950-0891 新潟市東区上木戸2-1-35
TEL 025-275-1121 fax 025-275-1132
担当者：入所相談員

〈入所までの流れ〉



①受付	お電話にてお気軽にお問い合わせください。 代表：電話 025-275-1121 平日 9:00～17:00 ※土・日・祝は書類のお渡しのみとなります。 お話を伺いたうえで面接の日時をお伝えいたします。
②入所申込・面談	入所申込書類として、 1.入所申込書 2.診療情報提供書 3.料金表と介護老人保健施設についての説明をお渡しします。 後日、ご提出ください。ご本人とご家族の現在の状況、ご希望をお伺いします。当施設の方針、サービスの内容についてご説明させていただき、施設内のご案内をいたします。
③判定会議	面接・必要書類受け取り後、当施設のご利用についての判定会議を開催し、ご利用者様の受入の可否について検討させていただきます。
④事前面談	入所が可能となりましたら、ご本人様へ面会をさせて頂き状態を確認させて頂きます。可能でしたらご家族様の同席をお願い致します。
⑤ご利用案内	ご本人さまとの面会后ご利用開始日（もしくは入所日）をご相談いたします。入所に際しての重要事項、当施設利用契約の内容及びお持ちいただく物についてもご説明いたします。また、当施設利用契約書を署名捺印のうえ、ご利用開始日（もしくは入所日）にご持参ください。
⑥入所	利用開始日・入所日当日はご家族同伴でお願いいたします。診察及びお荷物確認を行いますので、時間厳守でお越しください。

事前面談後、一週間以内の入所をご案内しています。お忙しいところ恐れ入りますがご予定等調整していただき入所をよろしく申し上げます。

介護老人保健施設 ほほえみの里きど

TEL 025-275-1121

介護老人保健施設 ほほえみの里きど 利用申込書

申込日 年 月 日

組合員加入 ・ 非組合員

入所希望者	フリガナ		男・女	生年月日
	氏名	⑩		明治・大正・昭和 年 月 日 歳
	住所／電話番号	〒 自宅Tel ()		

申込者 (連絡窓口)	フリガナ		男・女	生年月日
	氏名	⑩ 続柄		明治・大正・昭和 年 月 日 歳
	住所／電話番号	〒 連絡可能時間 : ~ : 自宅Tel 携帯Tel		

保険	介護保険	要介護度	要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5 ・申請中		
		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
		番号	被保険者番号:	整理番号:	
		ケアマネージャー	無・有(事業者名: Tel:) 氏名()		
	負担限度額	□1段階 □2段階 □3段階 □基準額			
	健康保険	□後期高齢者医療保険 □国民健康保険(本人・家族) □生活保護 □その他()			
生活保護の場合		担当者名:		連絡先:	

現在の状況	経済状況	□年金(円/月) □その他収入有 □年間収入(円)			
	利用料の支払者(請求書送付先)	□本人 □申込者 □その他()			
	□自宅	住居の状況	□持家 □借家 □社宅(一戸建て・マンション・アパート) □独居 □同居() □その他()		
		□入院中	医療機関名	入院日 年 月 日~	
	□施設利用中	病名			
		施設名	入所日 年 月 日		

病状等	病状	現在治療中の疾患	(病名) (時期) (医療機関)
		□無 □有	(病名) (時期) (医療機関)
			(病名) (時期) (医療機関)
		(病名) (時期) (医療機関)	
医療的処置	既往歴	□無 □有	(病名) (時期) (医療機関)
			(病名) (時期) (医療機関)
			(病名) (時期) (医療機関)
<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・腸ろう・食道ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> その他			

家族構成	同居家族	氏名	続柄	性別	生年月日	職業	電話番号
	別居家族	氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号

希望	入所希望理由	<input type="checkbox"/> 独居生活 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護疲労 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 () 入所希望期間 年 月 日～ 年 月 日
	将来の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設(特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・グループホーム・その他) 申込み済施設名
	部屋の希望	第【 】希望 個室 第【 】希望 大部屋(2・4人部屋) 第【 】希望 どこでも可能

その他困っていること、ご希望などあればご自由にご記入ください

※施設記入欄

新潟市介護サービス共通 診療情報提供書

令和 年 月 日

御中

医療機関の
所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -		電話			
現在の診療形態	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日より)					
診断名						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 入所					
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) ・ <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
既往歴	現病歴					
現在の処方	その他 (感染症等のデータがありましたらご記入ください)					

日常生活状況	移動	歩行： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		車いす： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事	経口摂取： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input checked="" type="checkbox"/> 塩分制限食 <input type="checkbox"/> その他)				
	排泄	尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (日中： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ)				
		便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (日中： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ)				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
認知症の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					

※補足の検査等が必要な場合は別紙「新潟市介護サービス共通連絡票」をご使用ください

新潟市介護サービス共通連絡票


患者氏名： 様	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日： <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	年齢： 歳

※施設ご担当者様へ

貴施設を利用にあたり必要な検査がありましたら、利用者様にお渡し前に にチェックをお願いします。

※紹介元ご担当医様へ

のチェック以外のものについては、わかる範囲でご記入ください。

<input type="checkbox"/> 胸部 X-P所見	<input type="checkbox"/> 心電図所見	
	(年 月 日撮影)	(年 月 日)
<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> その他の検査 (最近の検査データがありましたら添付してください)	
<input type="checkbox"/> HCV抗体：	<input type="checkbox"/> HBs 抗原：	<input type="checkbox"/> MRSA：
<input type="checkbox"/> 梅毒反応： TPHA		

上記のとおりご連絡いたします。

令和 年 月 日

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

【介護老人保健施設の医療体制について(入所・ショートステイ共通)】

ほほえみの里きどでは常勤医師の診療及び木戸病院と連携しながら利用者様の医療を行っています。木戸病院から皮膚科医師・歯科医師からの往診があり、皮膚疾患・口腔状態の予防・改善に努めております。

<利用中の主治医について>

法令上、医療保険と介護保険は同時に算定できないこととなっており、今までのかかりつけ医との関係は入所中は「お休み」となります。入所中の日常的に必要な診察や投薬など医療行為は施設医が担当します。

<受診について>

介護老人保健施設の介護報酬には、日常的な医療に関わる費用が既に含まれていること、また不必要に利用者のために往診を求め、又は利用者を病院若しくは診療所に通院させてはならないと運営基準に定められております。

したがって、利用者様・ご家族様の希望で原則、病院（内科・外科・整形外科・眼科・耳鼻科など歯科以外のすべての診療科）に受診・検査・薬の処方はできないこととなっております。

※外出・外泊時も「治療は入所中の施設管理」となるため、施設医からの紹介状なく医療機関を受診した場合は全額自己負担となることがあるのでご注意ください。

※ショートステイ利用時も利用中の医療機関への受診は原則できないこととなっております。ショートステイ利用期間は薬のご持参をお願いします。

※病院の受診につきましては、施設側で受診が必要と判断した場合に、ご家族様に連絡し、協力病院等にこちら側で予約をして受診を致します。その際は必ずご家族様の付き添いをお願い致します。尚協力病院までの送迎は当施設が行ないますので、ほほえみの里きどへ来所頂き同乗して頂きますようお願い致します。

<医療機関受診費用・薬について>

入所中の医療機関受診費用・薬代は基本的には施設医負担となりますが、一部(レントゲンやCT、抗悪性腫瘍薬等)は医療保険が適用されるため、医療保険適用分に関しては自己負担が発生します。

入所中の薬は、当施設の医師が判断で処方するため、必ずしも持参薬と同じものを処方するとは限りませんのでご了承下さい。

治療内容や薬について疑問点がございましたら医師・看護師にお問合せ下さい。

「ほほえみの里きど」における歯科診療について

ほほえみの里きどと木戸病院歯科は連携して、口腔機能維持、誤嚥性肺炎予防の口腔ケアに努めており、木戸病院歯科医師、歯科衛生士が定期的にはほほえみの里きどを訪問して、入所者様の口腔、歯、義歯の不具合やほほえみの里きど職員からの口腔に関する相談に応じています。

歯科の診察が必要と判断された場合、う蝕(虫歯)の治療、義歯の調整、口腔ケア、口腔状況の定期的な経過観察などを行います。それらの診療は医療保険になり、別途、診療費をお支払いいただくこととなりますので、ご理解のほどよろしくご願ひ申し上げます。

ほほえみの里きど
木戸病院 歯科

「ユニット」型個室の「ユニット」ケアとは

介護老人保健施設 ほほえみの里きど

○ユニットケアの理念(目的)

**1人1人の生活習慣や好みに配慮し
今までの暮らしが継続できるようにケアすること**

○ユニットケアの特徴

1. 少人数ケア体制をつくる

- ・10人前後の利用者様のグループを固定的に配置された職員(約5人)でケアを行う。
- ・馴染みの関係となり利用者様を深く知ることができる。
- ・利用者様それぞれの24時間の暮らしぶりを良く知ることができる
- ・看取りケアにおいてもより深い対応ができる。



2. 利用者様が自分の住まいとおもえるような環境をつくる

- ・キッチン・リビング・トイレ・入浴・洗面等が分散配置された暮らしの場と地域を感じられる場をつくる
- ・個室であるため、家具等の自由な持ち込みや部屋のレイアウトを自分好みにできる。



3. 今までの暮らしを続けてもらえるような暮らしをつくる

- ・時間の融通がききやすく、健康状態に影響を与えない範囲で自由に飲んだり食べたり、ゆっくりめに入浴や、プライベートが保たれる楽しい生活をしてもらうことができる。

*** 治療・入院ではありません！**

- ・集団生活より、個人のリズムを重視することができる。
- ・ユニットフロア内で、炊飯やみそ汁づくりなど、食の提供方法の工夫ができる（感染状況を鑑みて検討）



持ち物

入所時にご用意いただくもの

保険証	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護保険被保険者証(緑色) 2. 介護保険負担割合証(紫色) 3. 介護保険負担限度額認定証(桃色)※お持ちの方のみ 4. 後期高齢者医療被保険者証もしくは健康保険被保険者証 5. 身体障害者手帳 ※お持ちの方のみ 6. 重度障がい者医療費助成受給者証 ※お持ちの方のみ 7. 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 ※お持ちの方のみ 8. 木戸病院受診券(入所中施設でお預かりいたします。退所時お返しいたします。) <p>1～7は確認後、ご返却させていただきます</p>
衣類	<ol style="list-style-type: none"> 9. 普段着 5着程度 ※着脱の楽なものでお願いします。介助量が多い方は着脱しやすいパジャマのご用意をお願いしています。 ※委託業者に洗濯(有料)を依頼する方は洗濯表示が「水洗い不可」等の衣類はご遠慮ください。 ※着替えにお手伝いが必要な方はなるべく前あきでマジックテープではないもの(ボタン)をご用意ください。 ※夏場は薄手の長袖の準備をお願いします。半袖は怪我につながる可能性がありますのでご遠慮ください。 10. 下着(着替えにお手伝いが必要な方はなるべく前あきでボタンタイプのもをご用意ください) 5枚程度 11. パジャマ 3着程度 ※必要な方のみ。脱ぎ着しやすい伸縮性のあるゆったりとしたものをご用意ください。 12. くつ下 5足程度(濃い色の靴下は名前が記入できませんのでご遠慮ください) 13. フェイスタオル 3枚程度 バスタオル 2枚程度 ※入浴時のバスタオル・フェイスタオルは施設でご用意いたします。 ※介助量が多い方は車椅子への乗り移りの際に使用するので、肩から膝くらいまでの大きめのサイズの物をお願い致します。 14. 気候にあった寝具(タオルケット・毛布・電気毛布など)※ほほえみでは冬用の羽毛布団のみご用意があります。 上記枚数は目安です。その都度調整をお願いいたします。 季節にあった物をご用意いただき衣替えの時期には衣類の入れ替えをお願いいたします。
洗面用具	<ol style="list-style-type: none"> 15. 歯ブラシ ※こちらで購入できます 16. 歯磨き粉 ※こちらで購入できます 17. プラスチックコップ 18. 入歯用容器、入歯洗浄剤(使用の方のみ) 19. 電気カミソリ(男性の方) ※女性の方で髭が濃い方はご準備をお願いします。 20. くし・ブラシ
その他	<ol style="list-style-type: none"> 21. ご印鑑(ご本人様・身元引受人様 各1ヶ)契約等手続きに必要になります 22. 薬(飲まれているお薬、はり薬、ぬり薬、目薬など) 23. 内履き(リハビリシューズ、運動靴など) 24. テレビ・時計・ラジオなど※必要な方のみ 25. マスク1箱(リハビリ、受診時等コロナウイルス感染対策のため使用させていただきます。)

○全ての持ち物には必ずわかりやすい場所に黒色の油性マジックでお名前をお書きください。

○当施設では、利用者の方の衣類洗濯は行っていないため、ご家族をお願いしております。

○事情によりご家族にて洗濯ができない場合は、委託業者に洗濯(有料)をお願いして頂くこととなります。詳しくは相談員へお尋ねください。

○各居室には時計・テレビ等がありませんので、必要な方は持ち込んで頂いて構いません。

テレビを持ち込まれる場合(組合員様)100円/日・非組合員300円/日の使用料がかかります。 テレビ以外の電化製品使用の場合コンセント1口につき100円/日・充電のためにコンセント使用の場合100円/月がかかります。いずれも使用の際は所定の申込書をご提出ください。

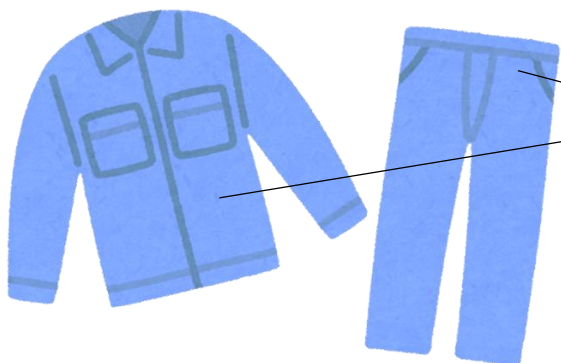
※使用を中止する際は、事務室にお申し出ください。お申し出いただいた時点から請求を止めさせていただきます。

○刃物類(ナイフ・はさみ・かみそり・針等)、火気(ライター・マッチ等)、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。

当施設での貴重品のお預かりは致しておりません。盗難・紛失・破損には責任を負いかねます。

衣類への記名・ご持参衣類についてのごお願い

他の利用者様との衣類の混合や紛失防止のためご持参される衣類・私物にはお名前の記入をお願いします。



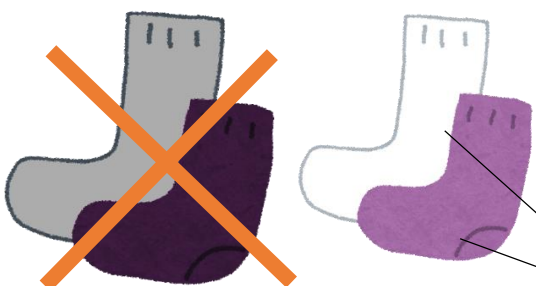
衣類のタグ等に油性マジックペンで記名をお願いします。
お名前シールは洗濯時に剥がれてしまうのでご遠慮ください。



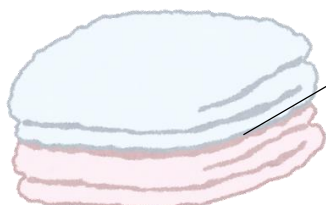
クリーニング洗濯をご希望の方はドライクリーニング表記、手洗い不可の表記がある衣類のご持参はご遠慮ください。

(複数回洗濯をして洗濯表示が消えてしまった衣類はご本人・ご家族様の承諾があればクリーニング洗濯ができますが品質の保証は致しかねます。)

また、手洗い表記がある衣類はお受けできませんが手洗いではなく自動水洗機の手洗いコースでの洗濯となりますのでご了承ください。(繰り返し洗うことで縮んだり痛んだりする可能性があります)



靴下にも両方記名をお願いします。色の濃い色の靴下のご持参はご遠慮ください。
濃い色の靴下をご持参の場合は名札の縫い付けをお願いします。
バスタオル等タオル類にも記名をお願いします。



洗濯で記名が薄くなりますので衣替え時にご家族様で記名の確認をお願いします。

記名のない衣類はご家族様にお返ししたり、施設で記名させていただきますのでご了承ください。