



施設ご利用のご案内

当施設は病状が安定期にあり、リハビリテーション等を必要とされる方が入所または短期入所（ショートステイ）し、看護・医学的管理下での介護・機能訓練等の必要な医療や、日常生活上のお世話をさせていただきます。

通所リハビリテーション（デイケア）では日中施設をご利用いただき、ご家庭の介護負担の軽減を図り、ご本人様の心身の機能維持・回復に必要なリハビリ・レクリエーションなどを行います。

《 サービスをご利用いただける方 》

入所
要介護 1～5 と認定された方
(要支援の方はご利用できません)

**短期入所 (ショートステイ)
通所リハビリテーション (デイケア)**
要支援 1・2
要介護 1～5 と認定された方

☆ お申込みからご利用までの流れ ☆

- ① 書類提出 利用申込書 (ご本人またはご家族の方でご記入下さい)
 診療情報提供書 (主治医に記入していただいて下さい)
- ② 面談 事前に面談日を決定し、ご家族と来所いただくか、こちらから訪問させていただきます。
- ③ 利用判定会議 ご利用の可否の判定を行い、結果をご連絡させていただきます。
- ④ 利用契約締結 ご利用前に利用契約締結に来所いただきます。
- ⑤ 利用開始

利用申込書

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉

〒654-0074 神戸市須磨区高倉町1丁目6-24

TEL (078)739-7272 FAX (078)735-7200

利用サービス種類 ・入所 ・短期入所 ・通所リハビリ(希望曜日:月・火・水・木・金・土)		申込受付日 令和 年 月 日	
フリガナ	男・女	生年月日	(明・大・昭) 年 月 日 (歳)
利用者氏名		介護保険 認定期間	年 月 日 令和 年 月 日
住 所	〒 -	要介護度	要支援1 ・ 要支援2 要介護 (1 2 3 4 5)
		減額証	有 (第 段階) ・ 無
年金の種類	国民年金・厚生年金・その他 ()	居宅介護支援事業所名:	
自宅電話番号	() -	ケアマネジャー: 居宅電話番号:	

申 込 者	フリガナ	生年月日	(明・大・昭) 年 月 日	
	氏名			(続柄)
	住 所	〒 -	自宅電話番号	() -
			携帯電話番号	() -

・ 家族の状況

家 族 構 成	氏名	性別	生年月日	続柄	同居・別居	主介護者に○印	備考	
			・	・		同居/別居		
			・	・		同居/別居		
			・	・		同居/別居		
			・	・		同居/別居		
			・	・		同居/別居		

・ 入所希望内容

希望部屋	個室 ・ 2・4人部屋
現在の生活	<input type="checkbox"/> 一人暮らし
	<input type="checkbox"/> 同居(誰と) 在宅かかりつけ医:
	<input type="checkbox"/> 入院中(病院名: : 年 月より入院中 主治医:) (担当相談員(リ-ヤル-カ):)
	<input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名: : 年 月より入所中 主治医:) (担当相談員:)
申込み理由	

・ 過去1年間の入院・入所歴

病院・施設名:	: 年 月 日 ~ 年 月 日まで
---------	-------------------

・ 退所後の予定

自宅 ・ 施設:	特養 ・ 老人保健施設 ・ ケアハウス ・ グループホーム ・ その他 ()
	申込済(施設名:)
	申込未(希望施設名:)

※ わかる範囲で結構ですのでご記入下さい。

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉

身体 の 状 況	視 力	① 普 通 ② 見えにくい ③ ほとんど見えない ④ 見えない ⑤ 眼鏡使用
	聴 力	① 普 通 ② 聞こえにくい ③ 補聴器使用 ④ 全く聞こえない
	意思疎通	① 完全に通じる ② ある程度通じる ③ 殆ど通じない
	睡 眠	① 良 眠 ② 不 眠 ③ 昼夜逆転 [眠剤 無・有 ()]
	嚥下障害	無 ・ 軽 ・ 重 ・ むせやすい
	褥 瘡	無 ・ 有 ()
	義 歯	無 ・ 有 [上・下] (適合・良・不良)
	そ の 他	・麻痺 無・有 [右・左] ・拘縮 無・有 [右・左] ・点眼 無・有 ()
日 常 生 活 の 状 況	食 事	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 () ・ 治療食 無・有 () ・ 主食 (米 ・ 軟飯 ・ 粥 ・ ミキサー) ・ 副食 (普通 ・ 一口大 ・ キザミ ・ ミキサー) ・ 嗜好品 好物 () 嫌いな物 () ・ 飲酒 無・有 () ・ 喫煙 無・有 ・ 食物アレルギー 無・有 ()
	排 泄	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 () ・ 尿意 (無 ・ 有 ・ 時々有 ・ 不明) 便意 (無 ・ 有 ・ 時々有 ・ 不明) ・ オムツ (使用無 ・ 昼のみ使用 ・ 夜のみ使用 ・ 終日使用) ・ ポータブルトイレ (要 ・ 不要)
	入 浴	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
	更 衣	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
	身だしなみ	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
	歩 行	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ 車イス (自 操 ・ 介 助) ⑤ 自助具 (杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー)
	寝 返 り	① 可 能 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
	座れますか	① 可 能 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
	立ち上がり	① 可 能 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
精 神 症 状	1. 認知症有り 2. 日常生活に支障のない程度の認知症 3. 日常生活に支障をきたす認知症 4. 認知症無し	
性 格	趣 味	宗 教
長く携わってこられた職業		
備 考		

診療情報提供書

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉
〒654-0074 神戸市須磨区高倉町1丁目6-24
TEL (078)739-7272 FAX (078)735-7200

ふりがな		男・女	生年月日	明 大 昭	年	月	日
氏名					(歳)
住所	〒 ー						
病名／発症年月日				現 症			
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
既往歴／発症年月日				処方内容			
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
入所・通所に関する主治医の意見 リハビリの必要性(有・無)							
アレルギーの有無		有() 無					
身体状況		運動障害：無 有()			視力障害：無 有()		
		言語障害：無 有()			聴力障害：無 有()		
日常生活の自立度		J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知症状態		正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					
問題行動		無	徘徊 ・ 不穏 ・ 攻撃行動 ・ 不潔行為 ・ その他()				
精神状態		正常	不安 ・ うつ ・ 興奮 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 睡眠障害 ・ その他()				
血 圧		心電図			胸部X-P		
血液検査		実施日： 年 月 日		※血液検査・感染症の検査データを添付して下さい			
感染症		HCV	HBS抗原	MRSA	疥 癬(マイナスの場合も既往があればご記入下さい)		
褥 瘡		有 部位()		程度・大きさ()		処置() ・ 無	
そ の 他		令和 年 月 日					
		医療機関名					
		所在地					
		TEL					
		身長(cm)		TEL		医師氏名	
		体重(kg)				Ⓜ	

入所時の血液検査項目

以下の項目は必ず実施していただきたいと存じます。
お手数ですが何卒よろしくお願い申し上げます。

総蛋白	総コレステロール
アルブミン	中性脂肪
総ビリルビン	血糖
GOT	HbA _{1c}
GPT	白血球数
γ GTP	赤血球数
LDH	ヘモグロビン
ChE	ヘマトクリット
BUN	MCV
クレアチニン	血小板数
eGFR	CRP定量
尿酸	尿蛋白
Na	尿糖
K	尿一般定性・尿沈渣
CL	白血球5分類
Ca	

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉

入所利用料金表

令和3年4月1日 改定

① 介護保険施設サービス費基本料金(1割負担) ※2割負担は約2倍、3割負担は約3倍となります

ユニット型個室	要介護度	1日当たりの自己負担額	30日当たりの自己負担額	従来型個室	要介護度	1日当たりの自己負担額	30日当たりの自己負担額	多床室	要介護度	1日当たりの自己負担額	30日当たりの自己負担額
	要介護1	839円	25,170円		753円	22,590円	831円		24,930円		
要介護2	887円	26,610円	800円	24,000円	882円	26,460円					
要介護3	952円	28,560円	866円	25,980円	947円	28,410円					
要介護4	1,008円	30,240円	922円	27,660円	1,001円	30,030円					
要介護5	1,064円	31,920円	975円	29,250円	1,058円	31,740円					

② 加算(1日につき) ※2割負担は約2倍、約3倍となります

必要加算

種類	利用料
初期加算(入所後30日間のみ)	32円/日
夜勤職員配置加算	25円/日
サービス提供体制強化加算 I	24円/日
短期集中リハビリテーション加算	253円/日
在宅復帰・在宅療養支援加算1	36円/日
褥瘡マネジメント加算	4円/月
介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数の3.9%を乗じた単位数
介護職員特定処遇改善加算(I)	所定単位数の2.1%を乗じた単位数
介護職員ベースアップ等支援加算	所定単位数の0.8%を乗じた単位数

対象者のみ

種類	利用料
認知症ケア加算	80円/日
認知症短期集中リハビリテーション加算	253円/日
療養食加算(1日3回を限度)	7円/回
所定疾患施設療養費 I	247円/日
入所前後訪問指導加算 I 2	475円/回
退所時情報提供加算	527円
入退所前連携加算 I	633円
入退所前連携加算 II	422円

③ 施設利用料(令和3年8月利用分より)

	第1段階		第2段階		第3段階①		第3段階②		第4段階	
	1日当たり	30日当たり	1日当たり	30日当たり	1日当たり	30日当たり	1日当たり	30日当たり	1日当たり	30日当たり
食費	300円	9,000円	390円	11,700円	650円	19,500円	1,360円	40,800円	1,520円	45,600円
ユニット型個室	820円	24,600円	820円	24,600円	1,310円	39,300円	1,310円	39,300円	2,100円	63,000円
従来型個室	490円	14,700円	490円	14,700円	1,310円	39,300円	1,310円	39,300円	1,700円	51,000円
多床室	0円	0円	370円	11,100円	370円	11,100円	370円	11,100円	620円	18,600円

特別な室料(3Fのみ)	ユニット型個室	1日	2,200円	30日	66,000円
	従来型個室	1日	1,700円	30日	51,000円

その他の日常生活品費	1日	150円	30日	4,500円
------------	----	------	-----	--------

日用品費	実費	ご希望により日常生活に必要なもの
作業療法材料費	実費	対象者のみ
理美容代	1,800~3,600円	希望者のみ(カット・パーマ・カラー等)
義歯洗浄剤	1個 6円	義歯をご使用の方のみ
電気代	1日 5~35円	電気毛布・あんか(35円/日)、電気ラジオ(10円/日)、電気カミソリ(5円/日)
診断書	1通につき 3,300円	

④ その他(別途業者との契約となります)

リース	タオル・衣類等リース	1日	188円(税込)~	別紙参照
ス	テレビレンタル	1日	132円(税込)	希望者のみ