

利用申込者様

社会福祉法人 悠人会
ベルタウン

◆◇ ベルタウン

特別養護老人ホーム
老人保健施設
居宅サービス

ベルライブ
ベルアルト
デイケア
デイサービス
ショートステイ

利用申込みのご案内 ◆◇

この度は、ベルタウン(複合型福祉施設)利用についてお問い合わせいただきありがとうございます。
利用申込みに関し、必要となる書類がととのい次第、電話にてご連絡いただけますようよろしくお願い申し上げます。

記

- <同封書類> ○ ご案内
○ ベルタウンパンフレット
○ 利用申込み書類一式

<申込書類>

		特養	老健	通所(デイケア・ デイサービス)	ショートステイ
①	利用申込み書(様式1:基本情報)		○	○	○
②	利用申込み書(様式2:各サービス利用申込み)		○	○	○
③	診療情報提供書(当法人規定)	内定後必要	○	○	○
④	介護保険被保険者証(写し)	○	○	○	○
⑤	居宅サービス計画書(1)		○	○	○
⑥	居宅サービス計画書(2)		○	○	○
⑦	アセスメント表(フェイスシートなど)		○	○	○
⑧	指定介護老人福祉施設入所申込(堺市様式1)	○			
⑨	指定介護老人福祉施設入所申込(堺市様式2)	○			
⑩	介護保険要介護認定調査票基本調査票(写し)	○			
⑪	サービス利用票及び利用票別表(写し)	○直近3ヶ月	○直近	○直近	○直近

* 重複している書類は共有させていただきますので1通で結構です。

①様式1は全サービス(特養を除く)を通して1通で結構です。

②様式2は各希望サービスごとにご準備下さい。

③同封の診療情報提供書を現在のかかりつけ医療機関にご依頼下さい。

複数の診療科目、医療機関にかかられている場合は下記までご相談ください。

④介護保険証をコピーして下さい。

⑤・⑥・⑦は担当ケアマネージャーにご依頼下さい。(※既存のもので結構です。)

《入院・入所中の方は病院・施設の相談員や担当看護師にご相談いただき、必要書類⑤・⑥・⑦の代わりに看護サマリーや退所時連絡表などをご準備ください。》

⑪特養以外は直近1ヶ月のサービス利用票及び別表のコピーをご準備下さい。(入院・入所中の方は不要)

<連絡先> 〒590-0064

堺市堺区南安井町3丁1番1号

ベルタウン 相談課

TEL 072-221-7001 または 072-221-7002(代表)

* ご不明な点がございましたら、ベルタウン相談課(上記の通り)までお問い合わせください。

申込日 平成 年 月 日								
ご利用者	フリガナ		男・女	明・大・昭 年 月 日生(歳)				
	氏名							
	住所	〒		TEL ()				
現在の居所	(○印) 自宅	〒	TEL ()					
	自宅以外							
	病院・施設等	施設・病院等名称() 入所・入院期間 平成 年 月 日から						
本人の家族構成	同居	親・配偶者・子(人)・孫(人)・その他()						
	(○印) 同居以外	親・子(人)・孫(人)・兄弟(人)・その他()						
申込者	フリガナ		男・女	続柄	(○印)			
	氏名				歳	同居・別居		
	住所	〒		TEL ()				
主介護者	フリガナ		男・女	続柄	(○印)			
	氏名				歳	同居・別居		
	住所	〒		TEL ()				
緊急連絡先	①名前	TEL ()	自宅・勤務先・その他()					
	②名前	TEL ()	自宅・勤務先・その他()					
	③名前	TEL ()	自宅・勤務先・その他()					
かかりつけ医	病院名	科	診断名	担当医	受診回数			
					回/週・月			
					回/週・月			
					回/週・月			
要介護認定(○印)	申請未・申請済(年 月 日)・要支援・要介護			1	2	3	4	5
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			認知症	有・無			
居宅介護支援事業所	事業所名 :			担当ケアマネージャー :				
現在ご利用のサービス内容 (○印)					サービス事業所			
デイケア・デイサービス・ショートステイ・ヘルパー・訪問リハ・訪問看護・その他()								
デイケア・デイサービス・ショートステイ・ヘルパー・訪問リハ・訪問看護・その他()								
デイケア・デイサービス・ショートステイ・ヘルパー・訪問リハ・訪問看護・その他()								
デイケア・デイサービス・ショートステイ・ヘルパー・訪問リハ・訪問看護・その他()								

デイケア・デイサービス

基本 NO	デイケア NO	デイサービス NO	担当者
*	*	*	*

フリガナ			
ご利用者氏名	申込日 平成 年 月 日		
サービス区分(○印)	・デイケア(ベルアルト) ・デイサービス(ベルライブ)		
希望回数 曜日	()回/週 月 火 水 木 金 土		
通所サービスを希望する理由			
下記の該当するところに ○ を付けてください。介護の参考にさせていただきます。			
移動	・歩行 ・杖 ・歩行器(本人所有 あり・なし) ・車椅子(本人所有 あり・なし)		
入浴	・機械浴 ・一般浴 ・入浴なし		
食事(主食)	・ご飯 ・お粥 ・その他 ()		
(副食)	・普通 ・軟らかい ・きざみ ・ミキサー食		
排泄	・自分で行く ・声かけ必要 ・定期的な介助		
お薬	・ある(飲み薬・目薬・貼り薬・塗り薬) ・なし		
送迎	送迎は希望されますか ・希望する ・希望しない		
機能訓練	リハビリを希望されますか ・希望する ・希望しない		
ご本人が望む 生活上の希望 (例文を参考に ご記入ください)	・移動 (例)杖を利用し歩けるようになりたい () ・更衣 (例)間違えずに着替えたい () ・食事 (例)自分でおいしく食べたい () ・排泄 (例)スムーズに便器へ移りたい () ・入浴 (例)自分で体が洗えるようになりたい () ・その他 ()		
備考	在宅でお困りな点や今後ご希望されるサービス等ありましたらご自由にお書きください		

主治医先生御侍史

社会福祉法人 悠人会
特別養護老人ホーム ベルライブ
介護老人保健施設 ベルアルト

診療情報提供書作成のお願い

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、貴院に（ 通院 ・ 入院 ）中の（ ）様がこの度、
当施設の利用を希望されております。

つきましては、誠に恐れ入りますが、下記の要領でこの患者様の診療情報提供書の
ご記入をお願い申し上げます。

記

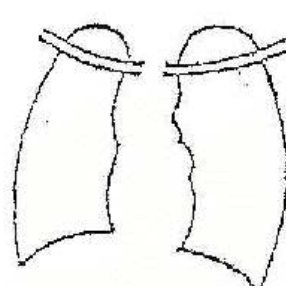
- (1) 胸部 X 線：原則として直近 3 ヶ月以内に直接撮影した結果をご記入ください。
尚、やむを得ず来院できない場合には、聴診による特記事項をご記入ください。
- (2) HBs・HCV などの検査データはおおむね 1 年以内のものをご記入ください。
MRSA・結核・疥癬の既往歴が分かりましたらご記入ください。
- (3) お手数ですが、既に施行された検査データがある場合は、ご添付ください。

尚、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡をお願い致します。

〒590-0064 堺市堺区南安井町 3 丁 1 番 1 号

特別養護老人ホーム	ベルライブ	電話	072-221-7002
		FAX	072-221-7032
介護老人保健施設	ベルアルト	電話	072-221-7001
		FAX	072-221-7021

診療情報提供書

フリガナ		性別	男	生年月日(満 歳)
氏名			女	M・T・S 年 月 日
住所	(-)			
	TEL - () -			
身長	体重			
	cm		kg	
傷病名				
既往歴及び家族歴の特記事項				
症状経過・検査結果・治療経過			胸部 X 線 異常有・無()	
				
			平成 年 月 日	
現在の処方				
感 染 症				
HBs 抗原 (+ ・ -)		TPHA 定性 (+ ・ -)		HCV 抗体 (+ ・ -)
MRSA	既往 有 ・ 無 (年 月頃発症 ・ 不明)	(部位 : 喀痰 尿 褥瘡)		
結核	既往 有 ・ 無 (年 月頃発症 ・ 不明)			
疥癬	既往 有 ・ 無 (年 月頃発症 ・ 不明)	アルブミン値() 月 日		
上記の通り報告致します。				
				平成 年 月 日
所在地				
医療機関名				
医師名	科			印