

社会福祉法人ケアネット

小規模多機能ホーム 倶楽部千代田會館 ご利用案内

- ・小規模多機能ホームは「通い」サービスを中心に、「宿泊」「訪問」サービスを行う介護保険サービスで、倶楽部千代田會館は登録定員25名、通い定員15名/日、宿泊定員9名/日です。
- ・小規模多機能ホームは25名のご利用者様が、皆様で譲り合いながら使って戴くサービスです。各サービスの1日あたりの定員がありますので「通い」「宿泊」「訪問」のいずれか、または全部のサービスを毎日利用することはできません。
- ・倶楽部千代田會館は看護師が不在の日、時間帯がございます。注射、医療器具を用いた処置等の医療行為が定期的に必要な方は対応できない場合がございます。
- ・ケアプランは倶楽部千代田會館専属の介護支援専門員(ケアマネジャー)が作成することになります。
- ・小規模多機能ホームに登録すると、他の介護サービスとの併用ができなくなります。
〔福祉用具貸与(介護用品以外)、訪問看護、訪問リハビリテーションについて併用可能です〕
- ・小規模多機能ホームは、ご利用者様の「有する能力を活かす」ことを目的とした施設です。職員は見守り支援に徹し、ご自身でできることは、可能な限りご自分の力で行って戴くことになります。ご利用者様の自発的行動を尊重する為、利用にあたり転倒による怪我や施設外に出て警察等に保護されるなどのリスクが生じる可能性があることを予めご理解下さいますようお願い申し上げます。
- ・ご自宅での食事準備の為に職員を派遣することは原則として行いません。自宅での食事用意をご希望の方に対しては、配食サービスをご案内させて頂き戴きます。また職員配置の都合上、訪問サービスを中心したケアプランは対応困難な場合がございます。
- ・2か月に1回程度の割合で、「運営推進会議」を開催いたします。ご家族の方にもご参加をお願い申し上げます。
〔ご都合による欠席は構いませんが、なるべく参加して戴くようお願い申し上げます〕

上記の内容について理解したうえで、小規模多機能ホーム 倶楽部千代田會館に利用を申し込み致します。

申込者(記入者): _____

社会福祉法人ケアネット

小規模多機能ホーム 倶楽部千代田會館 〔相談・利用〕 申込書

※平成21年3月末までの利用申込につきましては、特別養護老人ホーム
やよいほうむ宛にお送り下さいますようお願い申し上げます。

TEL: 03-5342-0820 FAX: 03-5342-0920

記入日: 平成 年 月 日

| | | | | |
|--------------------|---------------------------|---|-------------------|-----|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| ご利用者氏名 | | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日 | 歳 |
| ご利用者現住所 | 〔〒164- 〕 東京都中野区 | | | |
| ご利用者連絡先 | TEL: _____ | (FAX: 有・無) | 同居家族 | 有・無 |
| 要介護度 | 要介護1・2・3・4・5 申請中 | | | |
| ご利用希望日 | 月・火・水・木・金・土・日 | 記入例: ◎通い(入浴希望)、○通い(入浴なし) △訪問 宿泊希望: (有り・無し) (週 回数程度) | | |
| 歩行状況 | 自立・杖歩行・歩行器・車椅子(備考: _____) | | | |
| 認知症 | 無・有(_____) | 生活保護 | 有・無(区役所担当: _____) | |
| ふりがな | | TEL | (FAX: 有・無) | |
| 申込者(ご家族等)氏名 | (続柄: _____) | E-mail | | |
| 申込者(ご家族等)住所 | 〔〒 - 〕 | | | |
| 主治医 | 病院名: _____ | 担当医: (_____) | 先生 | |
| | (TEL: _____) | | | |
| | 担当居宅介護支援事業所名: _____ | 担当ケアマネ名: _____ | | |
| | (TEL: _____) | | | |
| <利用申込経緯、医療情報等 備考欄> | | | | |
| | | | | 受付者 |