

**介護付有料老人ホーム ニチイホーム**  
**短期利用（短期利用特定施設入居者生活介護）のご案内**

株式会社ニチイケアパレス  
東京都千代田区神田駿河台 2-5-12  
NOF 駿河台プラザビル 6 階

首都圏を中心に 60 拠点以上を運営する介護付有料老人ホーム ニチイホームでは、空き居室のある拠点において、介護保険を利用した短期利用（短期利用特定施設入居者生活介護）がご利用いただけます。

ご家族の外出等で、在宅での介護が困難となる間など、是非お近くのニチイホームにて短期利用をご利用ください。繰り返しのご利用も承ります。

■ご利用料金

**2,160 円（うち消費税等 160 円） + 介護保険サービス費（介護費）の自己負担分**

居住費	0 円（非課税）
食費	2,160 円（うち消費税等 160 円）
介護保険サービス費（介護費）	自己負担分（1 割または 2 割）

●居住費（専用居室・共用施設の利用料、施設維持管理費・修繕費、電気・ガス・水道・下水及び環境衛生費など）は発生いたしません。●食費は食材費・厨房管理費等。●介護保険サービス費（介護費）の自己負担額は、要介護度・地域・所得により異なります。●個人に関わる費用（医療費、日用品費、嗜好品購入費、理美容費、おむつ代等）や、施設におけるレクリエーション費、介護保険給付の規定以上のサービス費用は別途必要となります。

■ご利用条件

入居資格	要介護 1～5
利用期間	3 日～30 日まで
お申込方法	短期利用のお申込は、現在利用中の居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）様より、各ホーム※にて承ります。入居相談窓口とは異なります。居宅介護支援事業者様は、ご利用希望日の 10 日前までに、必要書類を FAX にてホームまでご提出をお願い致します。結果通知は、申込受付から 3 営業日以内に FAX にて回答致します。空室などの状況により受け入れできない場合もございます。

※各ホームの電話・FAX 番号はフリーダイヤル（0120-555-800）にてご案内しています。

【別紙③】

ニチイホーム 短期利用 申込書

平成 年 月 日

A 利用者情報	① 利用歴	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 利用歴有 ⇒ <input type="checkbox"/> 当ホーム <input type="checkbox"/> 他ニチイホーム (ホーム名:NH )		
	② 利用希望施設	ニチイホーム		
	③ 氏名	ふりがな <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	④ 生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 ( 歳)
	⑤ 住所	〒 区 丁目 番号		
	⑥ 要介護度	<input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5	⑦被保険者番号	
	⑦ 認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	⑧ 身元引受人 (契約書及び案内送付先)	[氏名] 〒 [TEL] [携帯]	[続柄] 区 丁目 番号 ※本人同居の場合住所は記載不要	

B 利用希望	① 希望日	平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( ) 泊 日間		
	② 日程調整	<input type="checkbox"/> 不可(上記希望日のみ) <input type="checkbox"/> いつでも可 (但し 月 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下旬に 泊 日位)		
	③ 送迎の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	④ 特記事項	日にちの指定はないが曜日の指定があるなど

※C欄は再利用の方で、前回利用時からご本人の状況の変化がない場合、記入の必要はありません。  
(他のニチイホームでの利用実績がある方も同様ですが、その場合は前回利用時の申込書を添付して下さい)

C 身体状況	① 移動動作	歩行( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 介助) 杖( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 車椅子( <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) 転倒歴( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 時期と頻度 ) 寝返り( <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 要介助) ナースコール( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 )		
	② 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 普通の下着 <small>日中と夜間において対応が異なる場合やその他注意点がある場合に記載下さい</small>		
	③ 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	減塩食希望	
		<input type="checkbox"/> 嚥下良好 <input type="checkbox"/> 嚥下やや困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難	<input type="checkbox"/> 有 g/日	
		<input type="checkbox"/> 主食( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー) <input type="checkbox"/> 副食( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー) <input type="checkbox"/> 水分トロミ 厳禁食(アレルギー等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( )		
	④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( <input type="checkbox"/> 一般浴/ <input type="checkbox"/> 機械浴)	<small>注意点</small>	
	⑤ 認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他)		
	⑥ 感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他		
	⑦ 主治医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ クリニック名 : 医師名 :		
⑧ 特別な医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <small>具体的に</small> )	注:別紙「短期入居 医療受け入れ一覧」に受け入れ基準をご確認の上、ご利用をご検討下さい。詳しくはホームまでお問い合わせ下さい。		
⑨ 特記事項	<small>⑤⑥において、その他とした場合は、こちらに詳細を記載下さい。</small>			

D 通信欄(送信の際必ずご記入下さい)

① 事業所名	
② 事業所番号	
③ ご担当者名	
④ TEL	
FAX	
⑤ 連絡事項	

E ニチイケアパレス使用欄

受付日	平成 年 月 日
受付者	
可否判定	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
否の場合の事由	
注意事項	

回答日	担当者	ホーム長
	印	印