

利用申込書

年 月 日

利用者	ふりがな			生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)
	氏 名	男 ・ 女			
	住 所	〒		電 話	
申込者	ふりがな			続 柄	
	氏 名				
	住 所	〒		電 話	(自宅) (携帯)
希望日等	<居室の希望> 4人部屋 ・ 2人部屋 ・ 個室 <入所の希望時期・日程> 年 月 頃 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
希望理由					
現在の状況	要介護度		保 険	社保 ・ 国保 ・ 生保 ・ その他 ()	
	ケアマネージャー	<事業所名>		<ケアマネージャー名>	
	☐ 在宅療養中	<利用中のサービス> <受診の頻度> 週・月 回			
	☐ 医療機関入院中	<医療機関名> <入院日> 年 月 日 <退院予定日> 年 月 日			
	☐ 施設入所中	<施設名> <入所日> 年 月 日 <退所予定日> 年 月 日			
退所後の予定	☐ 自宅に戻り生活をする				
	☐ 介護老人保健施設を利用する *他施設への申し込みをして (いる ・ いない)				
	☐ 特別養護老人ホームを利用する *利用申請をして (いる ・ いない)				
	☐ 介護療養型医療施設を利用する *入院の申し込みをして (いる ・ いない)				
緊急時連絡先		氏 名	続 柄	電話番号 (自宅・携帯・勤務先など)	
	①				
	②				

診療情報の提供に関する同意書

この度、介護老人保健施設大森平和の里の入所にあたり、私の心身の状況、介護の内容などの情報、並びそれに付随する家族の情報を、必要に応じて医療機関や居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）などに対し、提供することに同意致します。

年 月 日

入所者 住所 _____

氏名 _____

保証人 氏名 _____

入所者との続柄（ ）

社会医療法人財団 仁医会 大森平和の里
施設長 日下部 光司 殿

診療情報提供書

フリガナ		男・女		明治・大正・昭和	
氏名				年	月
現在の疾患名		発病年月日		既往歴	
疾患の経過及び治療内容					
処方内容(全科のものを含む)					
薬物アレルギー：無・有 () 食物アレルギー：無・有 ()					
身長(cm) 体重(kg) 血圧(/) 脈拍(/分：整・不整)					
認知症高齢者の日常生活自立度： 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M					
障害高齢者の日常生活自立度： 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
①麻痺： 無・有 ()		⑦認知症： 無・有 (軽度・中度・高度)			
②拘縮： 無・有 ()		HDS-R / 30点			
③言語障害： 無・有 ()		⑧褥瘡： 無・有 ()			
④聴力障害： 無・有 ()		⑨医療処置： 無・有			
⑤視力障害： 無・有 ()		酸素療法・経管栄養 (胃瘻・鼻腔)・吸引			
⑥ペースメーカー： 無・有		人工肛門・尿道カテーテル・インスリン注射			

年 月 日

医療機関(施設)名

印

当施設入所申込みに際し、ご利用者様の健康状態把握のため、下記の検査をお願いしております。下記項目の検査データの記入をお願い致します。

※3 か月以内であれば過去に受けられた検査データの転記・データ添付でも結構です。

氏名： _____ 検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

血液検査

TP	
Alb	
Tchol	
LDL	
HDL	
LDH	
AST	
ALT	
UA	
BUN	
Cre	
PT-INR ^{※1}	

Na	
K	
Cl	
CRP	
WBC	
RBC	
Hb	
Hct	
Plt	
FBS	
HbA1c	
BNP ^{※2}	

感染症

MRSA	
HBs 抗原	
HCV 抗体	
活動性結核	
梅毒	
疥癬	

尿検査

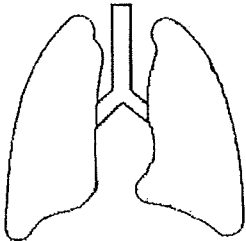
尿糖	
尿蛋白	
尿潜血	

(☐ JDS ・ ☐ NGSP)

(☐ BNP ・ ☐ NT-proBNP)

※1 ワーファリン内服の方

※2 検査をされている方、心不全治療中の方は記入して下さい

胸部 X-P (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 所見  異常 なし ・ あり	心電図所見 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
---	-----------------------------------

日常生活動作(ADL)調査表①

利用者氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 施設名・病院名 _____ 記入者 _____ (続柄・職種 _____)

* 日常生活の様子についてご記入ください。

食事について		【特記事項】
主食	米飯 () 粥 ペースト ミキサー その他()	(禁食・アレルギーなど)
副食	常菜 一口大 刻み 極刻み ソフト ミキサー	
提供カロリー	1日 () キロカロリー	
平均摂取量	主食 /10割 副食 /10割	
治療食	なし あり ()	
栄養補助食品	なし あり ()	
使用器具	はし スプーン フォーク その他()	
食事動作	自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助	
嚥下	普通 時々むせる 悪い(状況の特記事項にご記入下さい)	
水分摂取	良好 普通 悪い	
トロミ使用	なし あり (薄い ・ 中間 ・ 濃い)	
自歯	あり なし 部分入れ歯(上・下) 総入れ歯(上・下)	
歯磨き	自立 見守り 一部介助 全介助	

移動について		【特記事項】
移動手段	歩行(独歩 手引き歩行 伝い歩き 杖 歩行器 シルバーカー) 車椅子(自操 介助) リクライニング	(移動の際の注意点など)
移動状況	自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助	
移乗状況	自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助	
寝返り	自立 つかまれば可 不可	
起き上がり	自立 見守り 一部介助 全介助	
座位保持	自立 背もたれがあれば可 不可	
立ち上がり	自立 見守り 一部介助 全介助	
立位保持	自立 見守り 一部介助 全介助	

排泄について		【特記事項】	
尿意	あり(昼夜とも 昼のみ 時々) なし バルン	(排泄の注意点、下剤の種類など) 抑制着の着用(なし ・ あり)	
便意	あり(昼夜とも 昼のみ 時々) なし ストマ		
日中	場所		トイレ ポータブルトイレ 尿器 おむつ
	下着		布パンツ リハビリパンツ 尿取りパット おむつ
	排泄状況		自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助
	失禁		有(尿・便) 時々 無 排尿回数 回
夜間	場所		トイレ ポータブルトイレ 尿器 おむつ
	下着		布パンツ リハビリパンツ 尿取りパット おむつ
	排泄状況		自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助
	失禁		有(尿・便) 時々 無 排尿回数 回
排便頻度	毎日 ・ 2、3日に1回 ・ 4日以上に1回 下剤の使用 なし ・ あり		

清潔について		【特記事項】
入浴	一般浴 リフト浴 機械浴 清拭 その他()	(入浴における注意点など)
洗身	自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助	
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	
洗面	自立 見守り 一部介助 全介助	

日常生活動作(ADL)調査表②

利用者氏名

* 日常生活の様子についてご記入ください。

医療状況について		【特記事項】
薬の管理	自立 見守り 手渡せば可 全介助	(点眼内容、医療処置内容など)
処方薬剤	内服薬 点眼薬 塗り薬 貼り薬 他()	
睡眠	良眠 不安定 不眠	
眠剤処方	なし あり (定期 頓服【週 回 服用】)	
皮膚疾患	なし あり ()	
医療処置	経管栄養(胃ろう・鼻くう) パルン ストマ インスリン 在宅酸素 吸引 他()	

身体状況について		【特記事項】
視力	普通 制限あり(眼鏡: あり なし)	(身体状況で注意点など)
聴力	普通 制限あり(補聴器: あり なし)	
麻痺	なし あり ()	
拘縮	なし あり ()	
疼痛	なし あり ()	
安全対策	なし あり(安全ベルト 4点柵 胴体抑制 センサーマット) 他()	
言語障害	なし あり ()	
生活自立度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	

コミュニケーション状況等について				
物忘れ	なし 時々 あり		認知症	なし あり (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)
意思伝達	できる 時々できる できない	ナースコール	できる 時々できる できない	
理解	毎日の日課を理解すること	できる 時々できる できない		
	生年月日や年齢を答えること	できる 時々できる できない		
	今現在の季節を理解すること	できる 時々できる できない		
	自分がいる場所を理解すること	できる 時々できる できない		
行動	物を盗られたなど被害的になる	ない 過去にあった 時々ある ある		
	作り話をして周囲に言いふらす	ない 過去にあった 時々ある ある		
	実際にないものが見えたり、聞こえたりする	ない 過去にあった 時々ある ある		
	泣いたり笑ったり、感情が不安定になる	ない 過去にあった 時々ある ある		
	夜間不眠や、昼夜の逆転	ない 過去にあった 時々ある ある		
	暴言や暴力	ない 過去にあった 時々ある ある		
	しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてる	ない 過去にあった 時々ある ある		
	大声を出す	ない 過去にあった 時々ある ある		
	助言や介護に抵抗する	ない 過去にあった 時々ある ある		
	目的もなく動きまわる	ない 過去にあった 時々ある ある		
	家に帰るなどと落ち着かなくなる	ない 過去にあった 時々ある ある		
	一人で外に出たがり目が離せない	ない 過去にあった 時々ある ある		
	いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる	ない 過去にあった 時々ある ある		
	物や衣類を壊したり、破いたりする	ない 過去にあった 時々ある ある		
	不潔行為を行う	ない 過去にあった 時々ある ある		
	食べられない物を口に入れる	ない 過去にあった 時々ある ある		
周囲が迷惑するような性的行為	ない 過去にあった 時々ある ある			
転倒や転落の危険性があり目が離せない	ない 過去にあった 時々ある ある			

【特記事項】(問題行動がある場合その具体的な内容・対応方法について)

ご協力ありがとうございました。

大田区介護老人保健施設共通書式
2019.01

〔食事・栄養状況調査〕

※この調査は入所の際の参考にさせていただきますので、ご協力お願いいたします。

各項目から当てはまるものにチェック□をしてください。

年 月 日

フリガナ 氏 名	様	性 別 □ 男 □ 女	記入者名 続 柄 ()
生年月日	□ M □ T □ S 年 月 日	年 齢	歳
身 長	cm	体 重	kg
状 態	□ 申請中 □ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
＜現在の身体状況・食事・栄養状態＞			
現 疾 病	□高血圧 □糖尿病 □脳梗塞 □心疾患 □その他()		
既 往 症	□高血圧 □糖尿病 □脳梗塞 □心疾患 □なし □その他()		
体重の増減	□変化なし □()ヶ月の間に()kg増えた □減った		
栄養障害	□問題ない □嚥下障害(飲み込みにくい) □咀嚼困難(噛みにくい) □開口困難(口が開きにくい) □食欲不振 □脱水症状 □過食 □拒食 □腹部膨満 □味覚障害 □便秘 □下痢 □褥創 □その他()		
食 欲	□旺盛 □普通 □ない □ムラがある(平均 割摂取)		
摂取方法	□箸が使える □スプーン、フォークなら使える □箸、スプーン両方を使う □その他()		
摂取行動	□落ち着いて食べる □落ち着いて食べない □食べこぼす □ゆっくり食べる □口から食べ物が流れる □その他()		
食事介助の必要	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		
歯の状態	□自分の歯 □部分入歯 □総入歯 □歯がない状態		
好きな飲食物	□ない □ある()		
嫌いな飲食物	□ない □ある()		
(特殊な例)	□魚禁→うなぎ可 □卵禁→料理に使用程度は可 □乳製品禁→菓子に乳製品の入ったもの可 □肉禁→ハム、ウィンナー可 □その他()		
食物アレルギー	□ない □ある()		
薬による禁止食品	□ない □ある()		
牛乳は飲みますか	□はい □いいえ(・ヨーグルトなら食べられる ・ジュースなら飲める ・ヤクルトなら飲める)		
パンは食べられますか	□はい □いいえ(・ごはん ・おかゆがよい) □パン粥なら食べる		
めんは食べられますか	□はい □いいえ		
＜現在の食事状況＞			
食事内容	□普通食 □治療食()		
主 食	□米飯 □お粥 □7分粥 □5分粥 □3分粥 □その他()		
食事形態	□普通 □一口大 □刻み(1cm角程度) □極刻み(たたき状) □ミキサー食 □その他()		
水分摂取状況	□きちんと摂取している □あまり摂取していない □摂取にムラがある		
＜利用者及び家族の意向＞			
※食事に関してご要望や注意点をお書きください。			

入所を希望される方へ

社会医療法人財団 仁医会 大森平和の里

○問い合わせ

入所のご相談・施設見学ご希望の場合は、支援相談員までご相談下さい。

電話番号：03-3767-7512

受付時間：（月）～（土）9時～17時まで

○受付から入所までの流れ（下記の流れは順番が前後することがあります）

書類のお渡し

↓ ・申し込みに必要な書類をお渡し致します。

書類準備

↓ ①診療情報提供書 ②日常生活動作調査表 ③食事・栄養状況調査
④利用申込書 ⑤診療情報提供に関する同意書
・以上の書類が揃いましたら、当施設へ郵送またはご持参下さい。
↓ ・書類内容を確認後、担当相談員より面接日のご相談をさせていただきます。

初回面接

↓ ・施設での対応が可能か判断する為、利用を希望される方の病状や生活状況等についておたずねします。ご自宅または施設で面接を行います。
・利用の規則や料金などについてご説明致します。
↓ ・施設での面接の場合は、施設内をご案内致します。

利用検討会

↓ ・公平をきたす為検討会において利用の適否について審査を行います。
・病状が不安定と判断された場合や、認知症による問題行動のある場合（車椅子の安全ベルト等、抑制が必要な場合を含む）はご利用頂けない場合がございます。当施設は認知症対応フロアの準備がございません。
・審査には数週間かかる場合がございます。
・結果は、審査が終わり次第、電話・郵便物にてお知らせ致します。
↓ ・居室が空き次第後連絡し、入所日の調整を致します。

ご入所

○ご利用料金

一割負担の方＝約12～14万円/月 二割負担の方＝約15～18万円/月

三割負担の方＝約19～22万円/月

（上記料金は4人部屋 食費・居住費を含みます）

※ 消耗品・洗濯代・衣類レンタル（希望者のみ）は別途業者契約、別払いです。

※ 食費・居住費は各市区町村毎に減額制度があり、適用となると料金自己負担分が軽減されます。施設を利用する為には、各市区町村毎に発行される「介護保険負担限度額認定証」を施設へ提示することが必要です。

☆ 大田区申請先 — 介護保険課 給付担当 （電話：5744-1622）

☆ 品川区申請先 — 高齢者福祉課 介護給付係 （電話：5742-6927）

※ 個室、2人部屋につきましては、別途室料がかかります。

・室料（1日あたり）：個室3,300円（税込み） 2人部屋1,650円（税込み）

施設運営の基本理念

理念

当施設は自立した生活を営むことを支援し、家庭復帰を目指します。
明るい家庭的な雰囲気を持ち、地域や家庭との結びつきを大切にします。

方針

利用者の意思と人格を尊重し、個々にあったリハビリテーション、常に明るく家庭的な介護、公平な医療と看護を提供できるように支援します。

利用料のご案内

●介護保険施設サービス・短期入所療養介護

サービス内容	要介護状態区分	入所(日額)		短期入所(日額)	
		従来型個室	多床室	従来型個室	多床室
施設サービス費	要介護1	824円	912円	866円	954円
	要介護2	903円	992円	945円	1,037円
	要介護3	971円	1,062円	1,014円	1,106円
	要介護4	1,032円	1,123円	1,077円	1,168円
	要介護5	1,094円	1,183円	1,138円	1,231円
初期加算(入所した日から30日以内)		33円		—	
栄養マネジメント強化加算		12円		—	
療養食提供(1食につき)		7円		9円	
夜勤職員配置加算		27円		—	
短期集中リハビリテーション実施加算(入所日から3ヶ月以内)		262円		—	
個別リハビリテーション実施加算		—		262円	
外泊費(1月に6日まで)		395円		—	
サービス提供体制強化加算Ⅱ		20円		—	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ		51円		—	
処遇改善加算(Ⅱ)		※円		—	
特定処遇改善加算(Ⅰ)		※※円		—	
ベースアップ等支援加算		※※※円		—	
食費(入所)		300円・390円・650円・1,360円・2,150円		—	
食費(短期入所)		300円・600円・1,000円・1,300円・2,150円		—	
居住費(滞在費)		370円・490円・600円・1,310円・1,640円		—	
特別な食事の費用		550円		—	
特別室料	個室	3,300円		—	
	2人室	1,650円		—	
理美容代		2,750円から		—	

●介護予防短期入所療養介護

サービス内容	要介護状態区分	日額	
		従来型個室	多床室
施設サービス費	要支援1	675円	718円
	要支援2	831円	891円
療養食提供(1食につき)		9円	
サービス提供体制強化加算Ⅱ		20円	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ		51円	
処遇改善加算(Ⅱ)		※円	
特定処遇改善加算(Ⅰ)		※※円	
ベースアップ等支援加算		※※※円	
食費		300円・600円・1,000円・1,300円・2,150円	
居住費(滞在費)		370円・490円・600円・1,310円・1,640円	
特別な食事の費用		550円	
特別室料	個室	3,300円	
	2人室	1,650円	

※介護保険報酬総単位数に2.9%を乗じ(小数点以下四捨五入)、10.9を乗じて得られた単位数の一割
 ※※介護保険報酬総単位数に2.1%を乗じ(小数点以下四捨五入)、10.9を乗じて得られた単位数の一割
 ※※※介護保険報酬総単位数に0.8%を乗じ(小数点以下四捨五入)、10.9を乗じて得られた単位数の一割
 ※※※※保険給付の利用料負担が、二割負担の方は倍に、三割負担の方は3倍になります。
 ※※※※※上記の他、ご利用者の状況等により費用のかかるものもございますので詳しくは施設職員にお尋ね下さい。

介護老人保健施設

大森平和の里

社会医療法人財団 仁医会

〒143-0011 東京都大田区大森本町1丁目7番号6号 TEL.03 (3767) 7512 FAX.03 (3767) 7513

《大森平和の里 入所のご案内》

【お持ちいただく物】

○ 書類関係

- ☐ 利用約款（２部）・同意書（１枚） →ご署名・ご捺印の上、入所当日お持ち下さい。
- ☐ 介護保険証 （記載内容を確認致しますので、毎回ご持参下さい）
- ☐ 介護保険負担割合証
- ☐ 介護保険負担限度額認定証 （お持ちの方）
- ☐ 健康保険証、診察券
- ☐ 医療受給者証 （[福]・[障]・その他）
- ☐ 印鑑 （本人と代理人のもの シャチハタ不可）
- ☐ 延命処置に関する確認書 選択項目に○を付け、ご署名の上ご持参下さい。

入所当日に、内容について不明な点などがあれば、説明をさせていただきます。ご本人の状態によっては、施設長から改めて説明させていただきます。

○ 医薬品関係

- ☐ お薬・・・服薬中のお薬、点眼薬、貼り薬、塗り薬、頓服薬、下剤、浣腸、トロミ剤など
- ☐ お薬の処方わかるもの・・・薬局でお薬を受け取る際にもらう説明書。説明書がない場合は医師・薬剤師から説明を受けて下さい。
- ☐ 経管栄養、褥瘡等の処置に必要な物・・・ご自宅で使用しているものを全てご持参下さい。
 - * お薬は、ご利用期間分お持ち下さい。
 - * 毎日排便のある方でも、環境の変化により便秘になることもあります。必要な方は、あらかじめお体にあつた下剤をご用意下さい。
 - * お出かけ前の検温で37.0℃以上のお熱がある場合は、医師の指示を受けてからお越し下さい。医師の指示がない方は、入所をお断りすることがあります。

○ 身の回りのもの

- ☐ 普段着（上・下） ☐ 寝巻き ☐ 下着類（肌着・パンツ） ☐ 靴下

*衣類は、お洗濯を業者に委託している都合上、5セット以上ご用意願います。

*衣類レンタルをされる場合、上記は不要です。

- ☐ 上履き：ご本人が履き慣れた、ゴム製でかかとの入るもの（スリッパ不可）

- ☐ その他必要なもの：杖・置き時計・めがね・補聴器・食事用エプロン・テレビ
電気カミソリ（T字カミソリは不可）・スマートフォンなど

- * 電化製品をご使用の場合は電気使用量として、1日110円（税込み）をいただきます。
- * 消耗品・タオルなどは委託業者と契約して頂きます。（歯磨きセット、ティッシュ含む）
- * 衣類・持ち物には必ず所定の位置にお名前をフルネームでお書き下さい。（別紙参照）
例： オオモリ ジロウ
- * 油性マジックで直接お書きいただくか、名前を書いた布を衣類に縫いつけて下さい。
- * 日用品は普段使用している最小限度のものをお持ち下さい。
- * 貴重品や現金はお持ちにならない様をお願い致します。

大森平和の里にご入所の皆さまへ

入所セットレンタル



ご本人様・ご家族様のご負担軽減に

セットレンタルとは入所生活に必要な日用品をセットにして、レンタルできるサービスのことです。

「慣れない環境で少しでも楽に、安心して生活できるように」

そんな思いでセットレンタルをご提供しています。

◎ 入所セットレンタルご利用のメリット

ご本人様

「手ぶらで入所できて便利」

「家族に面倒をかけずに生活できる」

「汚れた時にすぐ着替えられた」

「短期入所のため、借りた方が安い」

「手間がなくなり治療に専念できる」

緊急時



洗濯



清潔



経済的



効率的



⋮

ご家族様

「準備せずにすぐに駆けつけられた」

「洗濯して持っていく労力がなくなった」

「いつ面会しても清潔な状態で使用している」

「結果的に借りた方が安く便利」

「必要なものを必要なだけ使えて効率的」

セットレンタル メニュー

下記、セットメニューよりいずれかをお選び下さい

● 入所セット+(日用品類)

日額 800円 (税込880円) × 契約日数

- ・前開きシャツ 3枚/週
- ・ズボン 3枚/週
- ・肌着 3枚/週
- ・靴下 3枚/週
- ・バスタオル 1枚/日
- ・フェイスタオル 3枚/日
- ・食事用エプロン 3枚/日

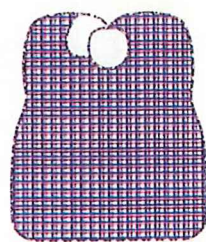
・日用品 (右上に一覧あり)



【シャツ・ズボン】



【肌着】



【食事用エプロン】

- ・バスタオル 1枚/日
- ・フェイスタオル 3枚/日

・日用品 (右上に一覧あり)



【バスタオル・フェイスタオル】

※衣類は男女兼用です。

※枚数は使用の目安を記載しております。

ご容体に応じて毎日お着替えいただいた場合も追加料金等は発生いたしません。

※お渡し枚数は配布場所、祝日等を考慮し多めにお渡しする場合がございます。

※写真はイメージのため実際の商品と異なる場合がございます。

※下着類はご持参ください。

◆日用品類

入所・タオルセットご利用の方は、必要に応じて下記の日用品をお使いいただけます。
初回にお渡しした分が無くなりましたら、追加のご提供が可能です。

- | | |
|-------------|-----------|
| ●リンスインシャンプー | ●ボディソープ |
| ●歯ブラシ | ●歯磨き粉 |
| ●ハンドソープ | ●ペーパータオル |
| ●入れ歯洗浄剤 | ●入れ歯ケース |
| ●お手拭きタオル | ●口腔ケアスポンジ |
| ●ヘアブラシ | ●ティッシュ |
| ●カラーコップ | ●マスク |
| ●ストロー | |



※写真はイメージのため
実際の商品とは異なる場合がございます。

私物洗濯メニュー

- 水洗い
1ネット 500円 (税込550円)

例：月4回選択した場合、2,000円(税込2,200円)
※ドライ洗濯は別途となります。



【水洗い用ネット】

《水洗いの出し方について》

- ・専用のネットに満杯まで入れてお出しいただけます。
 - ・ネットに入らない洗濯物はお受けできません。
 - ・お洗濯をお受けできる衣類は水洗い可能なものに限りさせていただきます。
- 《仕上がりについて》
- ・家庭洗濯の仕上がり程度とお考え下さい。
 - ・アイロン掛け、糊付けは致しません。

- ドライA【上衣・下衣】
1枚 500円 (税込550円)
- ドライB【大物】
1枚 800円 (税込880円)

※ドライ洗濯は1枚あたりの料金です。



【ドライ用ネット】

《ドライA【上衣・下衣】対象品》

- ・カーディガン・セーター
- ・トレーナー
- ・ズボン・スカート

《ドライB【大物】対象品》

- ・タオルケット
- ・毛布

ご利用上の注意事項

- ☐ **配布の有無や使用枚数に関わらず、契約期間中は開始日から1日あたりの定額料金をいただきます。**
- ☐ ご請求金額算出方法は下記のとおりです。

『税抜単価×契約日数＝合計金額＋消費税』

例) 入所Aセットをご利用で、7日間利用の場合、契約日数は7日となります。

計算方法は、『税抜800円 × 7日 = 5,600円 + 消費税』

- ☐ **過剰請求防止のため、ご利用を中止される場合は必ず変更・解約申込書をご提出ください。**

お支払い方法については裏面をご確認ください➡

◎入院セットレンタルご利用の流れ

ご利用までの流れ

お申し込み

お申込みは、「利用申込書兼同意書」に必要事項をご記入の上、**施設窓口**へご提出ください。

レンタル開始

申込日よりご利用頂けます。
商品をベッドサイドまでお届けします。

利用情報報告

レンタル終了・変更や外泊等、請求に関わる事項については別途「変更・解約申込書」のご提出が必要となります。

ご提出漏れのないようお願いいたします。
詳しくは病棟にてお問合せください。

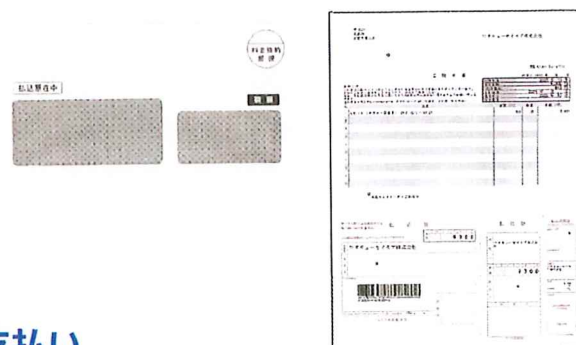
お支払いまでの流れ

退院

「変更・解約申込書」をご提出ください。

請求書送付

入院費とは別料金になります。毎月末締めで利用月の**翌月中旬頃**にご指定の住所に郵送致します。



お支払い

全国主要コンビニエンスストアでお支払い頂けます。
(一部キャッシュレス決済もご利用可能です。)



支払い手数料不要

入所施設でのお支払はできませんので、ご注意ください

- 領収書が必要な方はフリーダイヤルへお問合せください。
- 期限内にお支払いがない場合には、法律事務所へ債権回収を委託します。
その際には法律事務所よりご請求書が送付されますのでご了承ください。
- 弊社が取得しました個人情報 は 厳重に管理し、本サービスの目的以外の使用はいたしません。

お問合せ ワタキューセイモア(株) コールセンター
フリーダイヤル 0120-102-606
(平日 9:00~17:00 年末年始除く)