



IGOCOCHI 朝霞相談室限定

# 送迎・付添サービス

<https://igocochi.org>



香川県父母が浜

## 施設入居時

- ご家族が高齢者。
- ご家族が遠方に住んでいる。

高齢者施設への入居の際、送迎をさせていただきます(車内で座位が保てる方に限ります)

## 緊急時付添い

- デイサービス利用中の救急搬送付添。
- ショートステイ利用中の救急搬送付添。
- 施設入居者の救急搬送付添。

相談員対応可能時に限ります。

地域高齢者の皆様の介護保険制度ではカバーできない事例に積極的に取り組ませていただきます。お気軽に「IGOCOCHI 朝霞相談室」までご連絡ください。

緊急時の付添い時、ご利用者様、ご入居者様の医療保険証、経過記録、介護・看護記録、延命希望有無に関する確認書等のコピーをお預かりさせていただきます。ご家族が到着または搬送医療機関の指示があるまで付添います。ご協力のほどお願い致します。

老人ホーム現場経験のある相談員がしっかりとサポートします。

## 対応可能エリア

朝霞市、和光市  
新座市一部

## 相談対応時間

8時30分

～17時30分

(早朝・夜間ご相談下さい)

## 連絡先

IGOCOCHI 朝霞相談室

03(6821)1847

## 費用

### (入居送迎)

対応可能エリア内  
3,300円(税込)

対応可能エリア外:別途相談

### (緊急時付添い)

相談員施設到着時刻からご家族病院到着時刻まで

30分あたり1,650円(税込)プラス施設までの帰路タクシー代(実費)



# お客様情報シート

03-6821-1847へFAX  
又は相談員到着時お渡しください。

別紙「お客様の個人情報の取扱いについて」に同意のうえ、以下の項目を記入いたします。

ご利用者様	ふりがな 氏名	入居者様との間柄		生年 月日	大正 昭和 西暦	年	月	日	(満 歳)
	〒	-		携帯 ( )	-	-	-	-	-
	TEL ( )	-	FAX ( )	-	都・道 府・県				
	介護度	自立 申請中 ( 月 日頃 判定見込) 要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )		主訴					
ご家族様	ふりがな 氏名	男・女		生年 月日	大正 昭和	年	月	日	(満 歳)
	〒	-		携帯 ( )	-	-	-	-	-
	TEL ( )	-	FAX ( )	-	都・道 府・県				
	病院到着予定時刻								

## ◇ 施設運営事業者の皆様へ◇

1. ご利用者およびご入居者のご家族等へ弊社への個人情報提供の旨、同意を必ず得てください。
2. 頂戴した個人情報は付添い業務および入居送迎業務以外には使用しません。
3. 緊急搬送付添の際には本紙と「医療保険証(原本または写し)」「経過記録(簡易的なもので可)」「介護・看護記録写し」「薬情」「延命の有無に関する同意書の写し(状況により)」をご準備ください。
4. ご家族へ病院到着予定時間のヒアリングをお願い致します。相談員到着時にお伝えください。
5. 付添費用は月末締めでご請求書を発行しますので翌月末までに銀行振込でお願い致します。