

第146号

# カトレアだより

発行日：2026年（令和8年）7月10日

〒191-0011

東京都日野市日野本町 6-3-17

TEL 042-589-2250

医療法人社団 英世会

介護老人保健施設カトレア

毎日いろいろなニュースが飛び込んできますが、今年は一体どんな夏になるのでしょうか。ご利用者のたくさんの願い事を、一部ですがご紹介いたします。

## 願いをのせて、夏の空へ

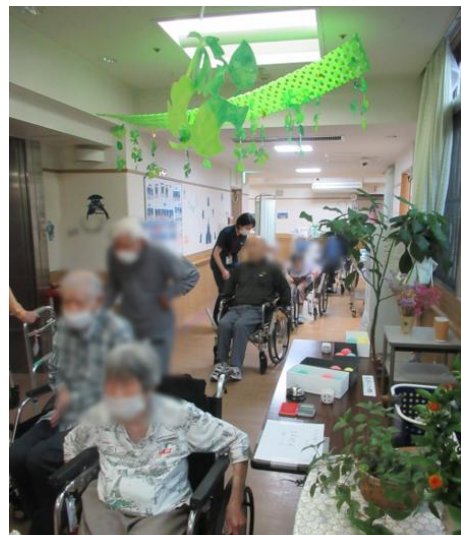
中庭いっぱいの七夕飾り



## 歩け歩けタイム 始めました!

♪365歩のマーチが流れたら、動き出します

入所フロア3階では、今年の3月から「歩け歩けタイム」と称して、昼食後の隙間時間を使って、フロア全体の歩行活動を実施しています。身体機能に応じ、「歩き組」と「応援団」に分けて、ゴールを目指すスタンプラリー形式で行っています。



少しずつ、ご利用者間で交流される姿が見られるようになり、フロアの一体感が生まれているように思えます。

ブログでも  
ご覧ください

カトレア  
スタッフブログ



♡ご利用者のアンケートより

・体力がついてうれしい・良いアイデアだと思った・これからも自分のために続けたい・みんなと一緒にできて嬉しい・応援してくれる人も一緒にできるからいい・笑いながらみんながやってる、手を振ってくれるからうれしい、など好評!!



## 納涼祭(夏祭り)開催



すでにお知らせをお送りしております。まだ屋台などの飲食の企画はできませんが、ご家族と一緒に過ごして頂ける「納涼祭」を企画いたしました。是非お楽しみください。

●7月19日(日)10:00~11:30 3階対象 ●8月9日(日) 10:00~11:30 2階対象

## 7月1日よりご家族面会がフリーになりました

☆面会時間：毎日10:00~20:00 時間制限は特に設けてはおりません。

☆面会人数：特に制限はなし。但し、来訪される方が体調不良の場合、又は同居のご家族の通園・通学されている先で感染症が流行っている場合は、ご遠慮ください。

☆マスク着用について：ご面会者の判断にお任せいたします。市中の感染状況によっては、着用をお願いする場合もございます。

☆食べ物・飲み物などの差し入れは、原則まだ禁止とさせていただきます。



## 事務室より お願い

下記の保険証類の有効期限が、**令和8年7月31日まで**となっております。更新後の証書がお手元に届きましたら、早急に事務室にご提示いただくか、コピーをご郵送いただきますようお願い申し上げます。

| 介護保険負担割合証 |       |
|-----------|-------|
| 交付年月日     | 年 月 日 |
| 被保険者番号    |       |
| 住所        |       |
| フリガナ      |       |
| 氏名        |       |
| 生年月日      |       |
| 利用開始年月日   |       |
| 利用終了年月日   |       |
| 負担割合      |       |
| 市         |       |

①介護保険負担割合証

| 介護保険負担限度額認定証 |       |
|--------------|-------|
| 交付年月日        | 年 月 日 |
| 被保険者番号       |       |
| 住所           |       |
| フリガナ         |       |
| 氏名           |       |
| 生年月日         |       |
| 利用開始年月日      |       |
| 利用終了年月日      |       |
| 負担限度額        |       |
| 市            |       |

②介護保険負担限度額認定証  
対象の方は申請をお願いいたします。

| 国民健康保険高齢受給者証 |       |
|--------------|-------|
| 交付年月日        | 年 月 日 |
| 記号           |       |
| 番号           |       |
| 住所           |       |
| 氏名           |       |
| 生年月日         |       |
| 受給開始年月日      |       |
| 受給終了年月日      |       |
| 市            |       |

③国民健康保険高齢者受給者証(70~74歳)  
「高齢受給者証」が「資格情報のお知らせ」が届きます。

| 後期高齢者医療資格確認書 |       |
|--------------|-------|
| 交付年月日        | 年 月 日 |
| 被保険者番号       |       |
| 住所           |       |
| 氏名           |       |
| 生年月日         |       |
| 受給開始年月日      |       |
| 受給終了年月日      |       |
| 市            |       |

④後期高齢者医療資格確認書

今年も酷暑になりそうです。  
どうぞご自愛ください。