

ご相談からご入居まで

ご入居される方の事情はさまざま。「木下の介護」は、ご本人やご家族と充分に話し合ったうえで、
お一人おひとりのご要望に応じた介護サービスをご提供しております。



ご入居までの流れ ホームでの生活がスタートするまでの流れをご説明いたします。

ステップ 1

ご入居のご相談、お問い合わせ

- ◎ ご入居に関して、またご見学のご予約などのご相談を承ります。
詳しい資料もこちらからご指定の場所に送らせて頂きます。
フリーダイヤル（0120-88-6090）もしくは、HPよりお申込みください。

ステップ 2

ご見学

- ◎ 担当の入居相談員がホームの詳細についてご説明し、館内をご案内いたします。
ご入居に関するご相談も承ります。（土・日・祝祭日 相談可）

ステップ 3

ご入居予約

- ◎ 身元引受人、連帯保証人の確定。居室の確保
必要書類等
・カウンセリングカルテ（兼入居資格審査表） [ご家族による記入]
・診療情報提供書 [医療機関による記入]

ステップ 4

入居資格審査

- ◎ ご入居後の安心・安全のために、各種検査・施設責任者による状況把握をさせていただき、
仮ケアプランを作成致します。

ステップ 5

入居契約（体験入居）

- ◎ 正式なご入居の前に、体験入居をしていただくことができます。
入居日確定。施設責任者より重要事項説明、契約内容、管理規程等についての十分な説明。
必要書類等
・入居契約書 [身元引受人による記入]
・住民票・印鑑 [ご本人・身元引受人・連帯保証人]
・実印・印鑑登録証明書 [身元引受人・連帯保証人]

ステップ 6

ご入金

- ◎ 『前払金プラン』をご選択の場合、前払金の支払期限は契約締結日から実際の入居前までといたします。
（銀行振込）

前払金は、居室および共用施設の家賃相当分の一部に充当されるもので、原則として実際の入居日（一部施設は契約日）を以て30%を償却し、残りを5年（60ヶ月）で均等償却致します。尚、5年以内に退去された場合は、実際の入居期間に応じて前払金の一部を返還致します。また、実際のご入居日から3ヶ月以内に契約解除された場合は、全額もしくは一部を返金致します。

※ホームにより、償却金額や償却期間が異なる場合があります。詳細は『費用のご案内』をご覧ください。

※『前払金0円プラン』をご選択の場合は施設長または担当の入居相談員にお問い合わせください。

ステップ 7

ご入居

「診療情報提供書」作成・情報提供に関するお願い

はじめに

弊社では、弊社運営の老人ホームにご入居を検討していただきましたお客様に「診療情報提供書」のご提出と、入居予定のお客様の情報提供をお願いしております。下記をご一読の上、作成にご協力をお願い申し上げます。

1 「診療情報提供書」について

- ☐ 担当医様に作成をお願いしております。
- ☐ 内容が網羅されていれば病院所定の書式をお使いください。
- ☐ 既往歴、現病歴、治療経過について情報提供をお願い致します。
- ☐ 今後も定期的な通院が必要で医療機関が移る場合には、別途「紹介状」を作成願います。
- ☐ 「感染症検査」について、**3か月以内の結果がない場合は検査の実施をお願い致します。**
- ☐ 結核性疾患(胸部レントゲン所見)、肝炎(HBs抗原、HCV抗体)、
皮膚疾患(疥癬やスキントラブル)についての情報提供をお願い致します。

※検査結果用紙の複写で提出可

※医療処置が必要な方については「指示書」の作成をお願い致します

(例) 胃瘻：栄養材銘柄、経管回数/1回の量/滴下時間/割合など、注意事項含む

(例) 骨粗鬆症、糖尿病などの治療で血糖測定/皮下注射がある方

2 リハビリ・介護・看護サマリー提供のお願い（入院中または施設に入所中のお客様のみ）

- ☐ 日常の生活状況について情報提供をお願いいたします。
- ☐ ADL表については、面談前などに情報共有をお願いしております。

3 内服薬の処方について

- ☐ 約1ヵ月分（最低2週間分）のお薬を「一包化」でご準備ください。
(内服薬のご準備が上記期間分に満たない場合は事前にお知らせ願います)

4 医療行為が必要な方の場合

- ☐ 点滴、経管栄養などの医療行為が必要な方の場合、輸液、栄養剤を処方可限りご準備ください。

5 インフルエンザ予防接種の有無について

- ☐ 10月～3月の流行時期にご入居される場合、インフルエンザ予防接種の有無を確認願います
- ☐ 未接種の場合には予防注射を受けてからのご入居とさせていただきます。

診療情報提供書

20 年 月 日

担当医 宛

(ご紹介元医療機関の所在地及び名称)

(電話番号)

(ご担当医氏名)

印

フリガナ 患者氏名		性別	男	・	女					
患者住所 電話番号	()									
生年月日	M	・	T	・	S	年	月	日	年齢	歳

傷病名
既往歴 ・ 家族歴ほか
症状 ・ 検査 ・ 治療経過ほか
現処方
備考 ・ 特記事項

集団生活において注意を要する感染症の有無
・ 結核（胸部レントゲン所見）・・・（＋・－） 【検査日： 月 日】
・ HBs抗原・・・（＋・－）
・ HCV抗体・・・（＋・－）
・ その他 （)
※上記検査項目に関して、貴院所定の書式があれば代用可能。

カウンセリングカルテ(兼入居資格審査表)

(入居ご希望者)	ふりがな					性別	男・女	生年月日	大正・昭和	
	氏名								年 月 日 歳	
	住所	〒 -								
ご家族	ふりがな					続柄	連絡先	自宅		
	氏名							携帯		
	住所	〒 -								
e-mail		☐ docomo.ne.jp ☐ ezweb.ne.jp ☐ i.softbank.jp @ ☐ gmail.com ☐ yahoo.co.jp ☐ その他()								

介護認定	☐ 初申請中 ☐ 区分変更中 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5										
	介護保険負担割合					☐ 1割		☐ 2割		☐ 3割	
	医療保険負担割合					☐ 1割		☐ 2割		☐ 3割	

該当項目の四角にチェック ☒	当社を知った	☐ 役所からの紹介 ☐ 病院・老人保健施設からの紹介 ☐ 地域包括支援センターからの紹介 ☐ ケアマネジャーからの紹介 ☐ ご入居者家族からの紹介 ☐ 当社ホームページをみて ☐ チラシなど広告を見て ☐ 施設建物をみて ☐ 紹介会社からの紹介 ☐ その他 ※紹介元・広告物を具体的におしえてください()
	施設利用について	1 施設利用目的
		☐ 長期入居 (検討時期: ☐ すぐにでも ☐ 1ヶ月未満 ☐ 3ヶ月未満 ☐ 3ヶ月以上先) ☐ 一時的入居 (理由:)
		2 仮申込/待機中の施設 ☐ なし ☐ あり
		☐ 特養/老健 ☐ グループホーム ☐ サ高住 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他 (施設名:)
		3 施設入居にあたってのご希望 / ご質問
個人情報同意書	入居希望者(以下甲という)及びその家族は株式会社木下の介護(以下乙という)が、甲の入居審査及び入居後の健康維持・安全管理の目的で本紙面上の個人情報及び、担当医師より提供される診療情報提供書記載の個人情報を利用することに同意します。尚、乙は甲の入居審査、健康維持・安全管理等の目的以外には利用致しません。但し、個人情報の保護に関する法律第27条(法令に基づく場合等)は例外となることを承諾致します。上記内容に虚偽・未申告がないことを約します。 年 月 日 ご本人氏名(甲) ご家族(代理人)氏名	

弊社記入欄 見学施設: 営業担当: 見学日:							
入居希望者の状況	食事	状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 () ☐ 全介助				
		形態	主食 ☐ 常食 ☐ 粥食 ☐ ミキサー ☐ ソフト / 副食 ☐ 常菜 ☐ きざみ ☐ みじん ☐ ミキサー ☐ ソフト ☐ IVH ☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ()				
			その他	禁食・アレルギー() 制限()			
	歩行	移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 () ☐ 不可				
		器具	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 (☐ 操作可 ☐ 操作不可)				
		立位	☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不可				
	排泄	状態	☐ 自立 ☐ 誘導・一部介助 ☐ 全介助				
		方法	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ				
		尿意	☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない				
	入浴	下着	☐ 綿パンツ ☐ 紙おむつ (☐ 昼夜 ☐ 夜のみ) ☐ リハビリパンツ ☐ パッド				
		状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 () ☐ 全介助				
		更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 () ☐ 全介助				
	その他	睡眠	☐ 良眠 ☐ 浅い眠り ☐ 不眠 ☐ 眠剤 ()				
		視力	☐ 見える ☐ 見えにくい(☐ 右 ☐ 左) ☐ 眼鏡使用 ☐ 見えない(☐ 右 ☐ 左)				
		聴力	☐ 聞こえる ☐ 聞こえにくい(☐ 右 ☐ 左) ☐ 聞こえない(☐ 右 ☐ 左) ☐ 補聴器				
意思疎通		☐ 可 ☐ 不可 ()					
認知症の状態	飲酒	☐ 飲む ☐ 飲まない		喫煙	☐ 吸う(本位/日) ☐ 吸わない		
	認知症: ☐ なし ☐ あり / 診断: ☐ なし ☐ あり (診断名:)						
	症状						
現病気							
既往歴							
医療行為	☐ なし ☐ あり ()						
入院先(かかりつけ医)							
利用在宅状況	☐ 居室・包括 ☐ 訪問ヘルパー ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ ショートステイ ☐ デイサービス ☐ 福祉用具	事業所名: 週 回 月 回 週 回 月 日間(施設名:) 週 回 (施設名:) ☐ 福祉用具	家族構成図				
その他特記事項							

書類判定	年 月 日 署名	入居判定(可 ・ 否)
入居判定	年 月 日 署名	入居判定(可 ・ 否)
利用施設:	施設長:	

入居契約に際しての準備書類等について

この度は当社、木下の介護にご入居を検討頂きまして誠にありがとうございます。

ご入居に先立ちまして事前にご準備いただく必要書類等をご案内させていただきます。ご一読の上、ご準備の程お願い申し上げます。

☐ ご準備いただく書類等（公的機関で取得の書類は発行後3ヶ月以内のもの）

	住民票 ※1	印鑑証明書	実印	認印	金融機関届出印	その他
ご入居者	●	-	-	●	引落し口座名義人の届出印をご用意ください ※2	身元引受人/連帯保証人を兼任される場合は必要書類は1通で構いません。
身元引受人	●	●	●	●		
連帯保証人	●	●	●	●		

☐ 成年後見人 / 任意後見人 及び連帯保証会社を立てられる場合

	住民票	印鑑証明書	実印	認印	登記事項証明書	その他
成年後見人 (後見・保佐・補助)	-	-	-	●	後見登記	-
任意後見受任者	-	-	-	●	任意後見契約登記	
連帯保証会社	-	●	●	-	法人謄本	保証内容の確認が取れる 契約書の写し

※1 住民票は同一世帯であれば1通で構いません

※2 毎月の費用は口座より引落としとなりますので、口座名義人の口座情報と届出印をご準備ください

< 前払金プランをご選択の方のみ > お振込み口座のご案内

前払金はお約束の期日までに下記口座へお振込み願います。振込手数料はお客様負担となります。

銀行名	支店名	種類	口座番号	口座名義
りそな銀行 (0010)	渋谷支店 (473)	普通	2701906	(株) 木下の介護

株式会社 木下の介護

〒163-1329 東京都新宿区西新宿6-5-1 アイランドタワー29階(総合受付30階) TEL: 03 (5908) 1310

□ web明細の事前準備について

木下の介護では、月々のご請求書及び領収書につきましては、web画面上でご確認いただいております。
下記の「登録必要情報」の内容を、契約日当日にお伺いいたしますので、事前にご準備ください。

✎ web明細 登録必要情報

フリガナ		フリガナ	
請求先氏名		ご入居者氏名	
メールアドレス	@		

< ご案内 > ご請求について

月末締め翌月 **27**日 口座引落し (休日の場合は翌営業日)

例 :ご請求内訳

—	施設利用費・管理共益費	介護保険自己負担分 1割～3割 食費・生活サポート費・その他実費
初回 ※1	$\left[\begin{array}{c} \text{入居月日割り分} \\ \text{翌月分} \end{array} \right] + \text{入居月利用分}$	
2回目～	$\text{翌月分} + \text{前月利用分}$	

※1 初回のご請求分については手続きの関係上、次月25日（休日の場合は翌営業日）までにお振込みをお願いしております（お振込み手数料は、お客様ご負担にてお願いいたします）
初回のご請求分から口座引落しが適用となるには諸条件がございますので担当にご確認ください

☑ ご入居時のお持ち物

お預かりするもの

- ☐ 資格確認書
- ☐ 介護保険証
- ☐ 介護保険負担割合証
- ☐ 障害者手帳、ペースメーカー手帳など
- ☐ 公費等証明書（特定疾患、重度障害）
- ☐ 診察カード（かかりつけ医）
- ☐ お薬手帳
- ☐ お薬（最低2週間分を一包化）

資格確認書について

「資格確認書」のお預かりがない方について外部受診等のご家族対応にてお願いしております。

当該書類の内容や発行手続きについてご不明な場合は、各自治体（市区町村）窓口までお問合せください。

介護用品

- ☐ 杖・歩行器・シルバーカー・車椅子

住宅型・サービス付きへご入居の方は、介護保険を使つてのレンタルもご相談いただけます。

日用品

- ☐ 普段着 季節に応じたもの（約1週間分）
- ☐ 下着類 肌着含（約1週間分）
- ☐ 寝巻き（約1週間分）
- ☐ 靴下（約1週間分）
- ☐ おむつ・リハビリパンツなど
- ☐ 外履き
- ☐ 屋内履き（運動靴・リハビリシューズなど）
- ☐ ゴミ箱・卓上時計・カレンダー
- ☐ ハンガー

洗面関連

- ☐ コップ
- ☐ 歯ブラシ・歯磨き粉
- ☐ 居室内用タオル類（フェイスタオルなど）
- ☐ ハンドソープ
- ☐ ヘアブラシ
- ☐ 入れ歯ケア用品

お食事関連

- ☐ エプロン（お食事の際にご利用中の方）
- ☐ スプーン（リハビリ用をご利用中の方）

家電

- ☐ 加湿器
- ☐ 電動ひげ剃り

上記以外の家電製品を持込希望の場合はご相談ください

居室内にテレビを設置する場合
NHKとの個別契約が必要です。割引や免除適用等は状況により異なります。

家具

備え付けの家具はございませんが
在庫があるものなら貸出しも可能です

持込・お預かり不可

貴重品

現金・貴金属類・通帳・印鑑類
マイナンバーカード（マイナ保険証）など

火気類

マッチ・ライター・石油ストーブなど

刃物類

裁縫セット・ハサミ・爪切りなど

お願い 持ち物には氏名の記入をお願いします（油性マジック、刺繍、名前テープなど）