

ご入居について

●ご入居の条件

- 介護保険法に定める要介護認定において要支援または要介護に該当する方
- 常時医療機関での治療が必要ない方
- 結核や疥癬等伝染する疾患のない方
- 自傷や他害の恐れのない方
- 連帯保証人が定められる方

○医療サポートの必要な場合も、ご面談、ご相談により入居していただけます。

【医療対応表】

胃ろう	○	バルーン装着	○	褥創	○
その他の経管栄養	△	ストーマ	○	肝炎	○
在宅酸素	○	ペースメーカー	○	MRSA	△
インスリン投与	△	透析	△	結核	×
気管切開	×	たん吸引	×	疥癬	×

●ご入居に関して

全室個室。広さは18㎡ 約11畳の広さです。

付帯設備は「照明器具」「エアコン」「多機能付きトイレ」「洗面化粧台」「ナースコール」「電動介護ベッド」「レースのカーテン」をご用意しています。
外線電話回線、テレビ回線（電話等をご利用の場合は申し込みが必要です。）
寝具一式はご用意しております。

※ご入居者にお持ちいただくもの(参考例)

家具、電化製品

家具等は長年お使いになられたものをお持ちいただいても結構です。

介護ベッドはご用意しております。

日用品、雑貨、消耗品、ご使用の介護用品、洗面用具

衣類、靴 カーテン(防炎加工のもの)

※お持込みいただけないもの(参考例)

貴重品(通帳、土地の権利書等)

火気の恐れのあるもの等の危険物

ペット

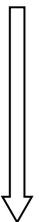
お申込みからご入居までの流れ

お問合せ・ご相談・ご見学



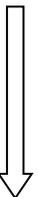
いつでもお気軽にご連絡ください。入居の相談や詳しい説明を随時行っております。

ご入居申し込み



「入居申込書」に必要事項をご記入の上、ご送付ください。
また、ご本人様と面談を行うにあたり、下記書類をご用意お願い致します。
健康診断書(3ヶ月以内のもの)または診療情報提供書
介護保険証・健康保険証・老人医療受給者証の写し(いずれも原本確認必要)
介護・看護サマリー(病院・施設に入院・入所されている方のみ)
※障害者手帳もお持ちであればご持参をお願い致します。

面談



入居希望者様及び身元引受人様との面談をいたします。
面談日までに、健康診断書または診療情報提供書をご用意お願い致します。
面談後に、お預りした健康診断書または診療情報提供書を主治医へ送付し、
入居判定にかけさせていただきます。
入居判定後、契約日を設定し、契約となります。

契約締結



「入居契約書」「重要事項説明書」「管理規定」について担当者から説明
させていただきます、下記の書類にご記入の上、ご入居者・身元引受人様の
記名捺印をお願いいたします。
入居契約書(ご入居者及び身元引受人様)
利用契約書(ご入居者及び身元引受人様)
重要事項説明書(ご入居者及び身元引受人様)
ご印鑑(ご入居者及び身元引受人様)
契約終了後、入居の日時、送迎の有無、荷物の搬入日の確認をさせていただきます

ご入居

入居時のお持ち物

■書類 ・ お薬

<必ずお持ちください>

- 介護保険被保険者証
- 介護保険負担割合証
- 後期高齢者医療被保険者証 または
(国民)健康保険被保険者証
- 個人番号カード
- お薬手帳
- 処方されているお薬(2週間分以上)
- 判子(三文判)

<お持ちであれば>

- 障害者手帳
- 老人医療受給者証
- その他保険証類

※ 有効期限のある保険証類につきましては、更新され次第お持ちくださいますようお願い致します。

※ 介護保険証の更新につきましては、随時施設担当者の方で更新して参りますので宜しくお願い致します。

■衣類

□下着(オムツ類については施設対応が可能となっております(実費負担))

(家族様がオムツ類をお持ち込みになられる場合にも、残数が不足した際には施設のオムツ類を使用させていただきますので予めご了承お願い致します。)

- 肌着 上下 各5組以上
- 靴下 5組以上
- 普段着 上下 各5組以上 ※着替えに介助の必要な方は前開きの上、伸縮性があり、サイズに余裕のあるものをご用意ください。
- 寝間着 ・ パジャマ 各3組以上
- 靴 ・ 上履き 1足以上(スリッパは避け、履きやすく、歩きやすいもの)
- タオル 5枚以上
- バスタオル 2枚以上

■日用品

<必ずお持ちください>

- コップ 2個以上(うがい用・水分補給用)
- 歯ブラシ ・ 歯磨き粉
- 水筒 500cc程度のサイズのもの(居室での水分補給用)
- (男性)電気カミソリ(充電式のもの)
- 入浴準備用の手提げ袋(着替え・タオルが入るサイズのもの)

<必要な方はお持ちください>

- 車椅子 ・ 歩行器 ・ シルバーカー
- 自助具 ・ ガーグル(うがい受け)
- 入れ歯ケース ・ 入れ歯洗浄剤
- スポンジブラシ(口腔ケアで必要な方)
- ヘアブラシ
- 食事用エプロン 2枚以上
- ラバーシーツ(失禁があり必要な方)
- とうろみ粉(水分の飲み込みに不安がある方) ※入居後は施設に出入りしている薬局での購入も可能となっておりますので、ご希望の際はご相談ください。
- 毛布 ・ 使い慣れた枕(寝具は全てリースで対応しておりますので、お持ち込みいただいた寝具の洗濯につきましてはお持ち帰りいただくようお願い致します。)

■家具 ・ 家電類

- テレビ ・ テレビ台
- タンス
- 冷蔵庫
- その他収納
- カーテン(幅100×高さ200cmで防炎加工のもの)
- のれん(居室玄関口の目隠しに使用します)

■ご注意

※ 持ち物には油性マジックまたは名前タグを使用し、名前がはっきり分かるようお願い致します。

※ 施設での洗濯は大型洗濯機・大型乾燥機を使用して行いますので、絹・ウール・カシミア・麻等、水洗い・乾燥機の使用ができない衣類につきましては、施設での対応が出来ませんので、お持ち帰りいただくか、クリーニングでの洗濯をお願い致します。

※ 黒や紺系など、黒マジックで名前が記入できない衣類については、名前タグの貼り付けをお願い致します。

※ 介護保険の更新など事務手続きで判子が必要なため、三文判で結構ですので、事務所にお預けくださいますようお願い致します。判子をお預けにならない場合は、各手続で必要の際には、判子をお持ちくださいますようお願い致します。

※ 貴金属・貴重品・現金のお持ち込みはご遠慮願います。施設内での紛失・盗難については責任を負いかねますのでご了承をお願い致します。

※ 居室内に持ち込まれたものによる怪我や事故につきましては施設では責任を負いかねますので宜しくお願い致します。

※ マッチ、ライター等の火気類、包丁やハサミなどの刃物類の持ち込みはご遠慮願います。

(もし持ち込まれる場合には、事前に事務所にご相談をお願い致します。)

※ 利用者様間での金品の授受・食べ物の受け渡しは禁止させて頂いております。

入居申込書

①お申込日	平成 年 月 日 (受付担当者)		
②ご入居者様			
ふりがな お名前	様 ㊟		性別 男・女
		生年月日・年齢 □明治 □大正 □昭和 年 月 日生 歳	
ご住所	〒 連絡先		
現在の住居形態	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 老健() <input type="checkbox"/> その他()	利用料金等 経費支払者	<input type="checkbox"/> 全額本人 <input type="checkbox"/> 一部縁故者 <input type="checkbox"/> 全額縁故者
要介護度※介護認定を受けておられる方は右欄もご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護認定は受けていない <input type="checkbox"/> 申請中		認知症状	有・やや有・無
身体・健康状況 良好◎ 普通○ 不安△ 一部介助 全介助等ご記入下さい。		身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(部位)(級) <input type="checkbox"/> なし
視力() 聴力() 会話() 歩行(自立 杖 車椅子) 食事() 入浴() 排泄()		居宅介護支援 事業所名	
③入居 ご希望日	平成 年 月 日	備考	
④ご親族様・身元引受人様			
氏名	ご住所		
続柄	電話番号	携帯電話	
続柄	電話番号	携帯電話	
⑤お申込代理者			
※お申込者様が 事業所様のみ	居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・社協・特養・老健・病院・有老・ケアハウス		
ふりがな お名前	ご入居者様との続柄()		性別 男・女
		様 ㊟	
ご住所	〒 連絡先		

※ご記入に際してご不明な点がございましたら、下記までお問合せ下さい。

連絡先：住之江の郷 電話06-6686-1188 FAX 06-6686-2221

体験入居申込書

①お申込日	平成 年 月 日 (受付担当者)		
②体験入居者様			
ふりがな		性別	生年月日・年齢
お名前	様 ㊟	男・女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 歳
ご住所	〒 _____ 連絡先		
現在の住居形態	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 老健() <input type="checkbox"/> その他()	利用料金等 経費支払者	<input type="checkbox"/> 全額本人 <input type="checkbox"/> 一部縁故者 <input type="checkbox"/> 全額縁故者
要介護度※介護認定を受けておられる方は右欄もご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護認定は受けていない <input type="checkbox"/> 申請中		認知症状	有・やや有・無
身体・健康状況 良好◎ 普通○ 不安△ 一部介助 全介助等ご記入下さい。		身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(部位)(級) <input type="checkbox"/> なし
視力() 聴力() 会話() 歩行(自立 杖 車椅子) 食事() 入浴() 排泄()		居宅介護支援 事業所名	
③体験入居希望日			
第一希望日	平成 年 月 日		
第二希望日	平成 年 月 日		
④ご親族様・身元引受人様			
氏名	ご住所		備考
様			
続柄	電話番号	携帯電話	
様			
続柄	電話番号	携帯電話	
⑤お申込代理者			
※お申込者様が 事業所様のみ	居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・社協・特養・老健・病院・有老・ケアハウス		
ふりがな			性別
お名前	㊟		男・女
ご住所	〒 _____ 連絡先		

※ご記入に際してご不明な点がございましたら、お問合せ下さい。

連絡先： 住之江の郷 電話06-6686-1188 FAX 06-6686-2221