

# 入所申込書

医療法人 泰一会  
介護老人保健施設 みかじま 施設長殿

下記の通り貴施設の入所を希望いたします。

平成 年 月 日

利用者	ふりがな		印	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所	〒		電話	( )
申込者	ふりがな		印	続柄	
	氏名			電話	( )
	住所	〒		携帯	( )
				fax	( )
連絡先① <small>*申込者と同じ場合は未記入</small>	氏名			電話	
			続柄( )		
連絡先②	氏名			電話	
			続柄( )		
介護保険	要介護度 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )				
介護保険 負担限度額証	<input type="checkbox"/> 有 ( 段階 ) <input type="checkbox"/> 無				
利用される理由					
希望のお部屋	部屋種	<input type="checkbox"/> 4人室 <input type="checkbox"/> 個室			
	個室種類	<input type="checkbox"/> 3,500円 <input type="checkbox"/> 2,500円 <input type="checkbox"/> 0円			
		<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/> 2,000円 <input type="checkbox"/> どこでも可			
その他の ご希望	*お部屋に関して何かご希望があればご記入ください				
現在	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療機関入院中(医療機関名: ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名称: )				
退所後の希望	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他( )				
担当ケアマネージャー:	所属事業所:				
他施設への申込	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 施設名: )				
特別養護老人 ホームへの申込	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 施設名: )				

# 診 療 情 報 提 供 書

当施設の利用目的：入所 ・ 短期入所 ・ 通所 （いずれかに○印をつけてください）										
氏名							性別	男 ・ 女		
生年月日	年	月	日	年齢	歳					
病名							処方			
既往歴										
経過										
認知症	無 ・ 有	中核症状・周辺症状								
検査実施日 平成 年 月 日										
胸部X-P 所見										
心電図 所見										
尿検査	蛋白( )	糖( )	潜血( )	MRSA	( + ・ - ) 部位:					
WBC		TP		BUN		CRP		総コレステロール		
RBC		Alb		Cr		HBs抗原		HDL		
Hb		GOT		Na		HCV抗体		LDL		
Ht		GPT		K		褥瘡		中性脂肪		
Plt		γ-GTP		Cl		皮膚疾患		Glu		
肺炎球菌ワクチン接種( 未 ・ 済 ・ 不明 )								必要時HbA1C		
上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用( 可 ・ 否 )と認めます。										
平成 年 月 日										
医療法人					所在地					
					電話					
					名称					
					医師氏名					

# お申し込み方法及びご入所までの流れ

## ① 受付

ご家族様からお電話等でご連絡をいただき、支援相談員と面談日の予約をしていただきます。

## ② 面談

面談予約日にご来所いただき、支援相談員よりご利用を希望されるまでのいきさつ、ご本人様のご様子などを伺わせていただきます。また施設内を見学していただきます。

## ③ 診療情報提供書・入所申込書提出

面談時、書類をお渡しします。診療情報提供書についてはかかりつけのお医者様に作成をお願いして下さい。

- \* ご提出は郵送でもかまいません
- \* 診療情報提供書は3ヶ月以内のものをご提出ください
- \* 既に他施設用に作成したものをお持ちの方は支援相談員にご相談ください。
- \* 待機期間が長期になってしまった場合は、再度情報提供書を作成していただく場合もございます。

## ④ 判定会議

必要書類が揃った段階で、様々な職種での検討会を行い、施設のご利用をお受けできるかどうかについて正式な判定をさせていただきます。

結果は後日、支援相談員よりご連絡いたします。

また、書類判定後に直接ご本人様にお会いさせていただきます。

## ⑤ 待機

ベッドの調整がつくまでお待ちいただきます。

- \* ご入所の時期につきましては、ベッドの空き状況・待機の状況によりましてご希望通りにならないこともあるかとは思いますが、ご了承ください。

## ⑥ ご入所

ご入所が可能になる目途がつきましたら、支援相談員より日時調整のご連絡をさせていただきます。

- \* 現在、水曜日・祝日・土曜日・日曜日のご入所は基本にご遠慮いただいております。
- \* ご入所の際の送迎はしておりませんので、ご家族様の対応とさせていただきます。

介護老人保健施設 みかじま

〒359-1164 所沢市三ヶ島 5-1636

電話:04-2938-1818

FAX:04-2938-1819

## 施設入所時にご用意いただくもの

品名	備考	確認
後期高齢者医療受給者証	必ずお持ち下さい	
介護保険証	必ずお持ち下さい	
健康手帳	健康手帳をお持ちの方	
身体障害者手帳	身体障害者手帳をお持ちの方	
その他の証明書等	介護保険負担限度額認定証をお持ちの方	
	生活保護法介護券等をお持ちの方	
※記保険証類は原則として入所期間中は事務所にてお預かりさせていただきます。		
印鑑	契約書の捺印に使用します。 また、口座振替の手続きを行いますので銀行印もお持ちください	
※本人と契約者様の苗字が異なる場合は、必ず両方ご印鑑をお持ちください。		
通帳	口座振替の手続きに必要となります	
内服薬	必要な方はできるだけ多めにお持ち下さい	
看護サマリー	ご自宅からいらっしゃる方は必要ありません	
普段着	上下5枚以上 普段着ているもの	
パジャマ	上下4～5枚	
肌着	上下5枚 可能であれば前開きのもの	
靴下	5足以上 あれば滑り止めの付いているもの	
靴	室内靴で履きなれたもの	
洗面用具	歯ブラシ、歯磨き粉、コップ、クシなど	
義歯洗浄剤	義歯を使用されている方。ケースもご用意下さい	
電気カミソリ	男性の方	
その他	テレビ・ラジオ・電気毛布など、必要な方（別途電気代がかかりますのでご確認ください）	
	ひざかけ・帽子・眼鏡・時計など、必要な方	

※その他必要な物品などは適宜ご案内させていただきます。

※オムツ類は施設のものを使用させていただくので、必要ございません

※タオル類は施設リースのものを使用させていただくので、必要ございません

※貴重品・金品の持ち込みはご遠慮ください

※利用者の状態に応じて、私物を施設管理とさせていただきます場合があります

※利用者様にとってなじみの物を持ち込みされる時はご相談ください