

サクラポート八幡(地域密着型特定施設入居者生活介護)
入 居 基 準

- 千曲市民の方
- 要介護1以上の方
- 複数入居者による共同生活を営むことに支障がないこと
- 自傷又は他人へ危害を加える恐れがないこと
- 常時医療機関等において治療を必要としないこと
- 契約に定める事項を承諾し、運営方針に賛同できること

サクラポート八幡 ご入居までの流れ

お問い合わせ



ご連絡先 TEL026-272-2070
〒387-0023 千曲市八幡1975

ご見学



あらかじめ、ご訪問日時をお知らせください

お申込み



必要書類①入居申込書 ②医療情報提供書 ③入居状況書

ご面談



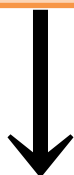
ご本人様・ご家族様との面談（職員がご自宅や施設等へお伺い致します）

入居判定



入居判定審査をさせていただき結果をご連絡いたします。

ご契約



ご契約に必要な物
①医療保険者証 ②介護保険者証 ③介護保険負担割合証
④身体障害者手帳等 ⑤口座振替依頼書（金融機関への届出印、ご捺印） ⑥入居契約書（ご本人、保証人の認印ご捺印）

敷金のお支払い



入居時までに「敷金」をお支払いいただきます。

ご入居

持ち物につきましては別紙をご覧ください。

※6ヶ月以内に発行された健康診断書があれば医療情報提供書は不要です。

□サクラポート八幡 □八幡グループホームみのり 入居申込書

申し込み日 令和 年 月 日

入居希望時期	<input type="checkbox"/> すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃 入居したい			
フリガナ 入居者氏名		性別	生年月日	年 月 日(歳)
		男・女		
住所	〒		電話番号	
介護度	要介護()	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	
フリガナ 申込者氏名		続柄()	電話番号	
		住所	〒	
保証人氏名		続柄()	電話番号	
		住所	〒	
第一連絡先		続柄()	電話番号	
		住所	〒	
第二連絡先		続柄()	電話番号	
		住所	〒	
その他				

受付担当者

印

□サクラポート八幡 □八幡グループホームみのり 体験入居申込書

申し込み日 令和 年 月 日

体験入居期間	令和 年 月 日(時 分)~令和 年 月 日(時 分)まで			
フリガナ 入居者氏名		性別	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
		男・女		(歳)
住所	〒			電話番号
介護度	要介護()	認定有効期間	年 月 日~ 年 月 日	
フリガナ 申込者氏名		続柄()	電話番号	
		住所		
第一連絡先		続柄()	電話番号	
		住所		
第二連絡先		続柄()	電話番号	
		住所		
その他	ケアマネージャー : 事業所 担当者			

受付担当者



※体験入居ご利用中は「入居契約書」に準じ、重要事項の説明と承諾をもってご利用となります。

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)
ご本人氏名		男・女	介護度	要介護()
フリガナ		続柄	ケアマネ	
ご家族氏名			事業所	
			かかりつけ医	
食事	介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 自助具(有・無)		
	食事形態	主食() 副食: 常食 ・ キザミ(一口大・粗刻み・極刻み)ミキサー・その他()		
	禁食		食欲	旺盛 ・ 普通 ・ 細かい
	アレルギー	有 ・ 無 ※「有」の場合、具体的内容()		
	義歯	無 ・ 有(上顎 ・ 下顎) その他		
排泄	介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	オムツ使用	紙パンツ ・ 尿取りパット ・ 紙おむつ ・ その他		
入浴	介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
移動	介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 手すりを利用		
	福祉用具	車椅子 ・ 歩行器 ・ 杖 ・ その他		
	起立	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
麻痺	無 ・ 有(部位:)			
視力	正常 ・ 低下(左・右・両方)・全盲 (眼鏡使用 有 ・ 無)			
聴力	正常 ・ 大きな声で聞える ・ 難聴(補聴器使用 有 ・ 無)聴力なし			
着替え	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
意志疎通	意思疎通可能 ・ 基本的欲求のみ ・ 困難			
話の理解	十分に理解できる ・ 時に理解している ・ 困難			
洗面	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ タオルを使用			
皮膚の状態	湿疹の有無	有 ・ 無 有の場合(部位)		
	皮膚のかゆみ	有 ・ 無 有の場合(部位)		
	床ずれ有無	有 ・ 無 有の場合(部位)		
認知症状	診断名	アルツハイマー型認知症 ・ 脳血管性認知症 ・ その他の認知症()		
	診断を受けた医療機関()	認知症の診断を受けた日(年 月頃)		
	症状	物忘れ ・ 場所が分からない ・ 昼夜逆転 ・ 興奮 ・ 幻覚 物盗られ ・ 被害妄想 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 徘徊 ・ その他()		
その他(ご要望等をご記入ください)				

医療情報提供書

提出先 サクラポート八幡 八幡グループホームみのり

医療機関	
名称	
所在地	
電話	
担当医師名	⑩

利用者名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
利用者住所				連絡先	
病名				血液型	
認知症診断	診断名 () 診断日				年 月 日
現在の処方					
特に注意する事項	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>≪感染症に関する情報もご記入をお願い致します≫ 注1)</p><p><input type="checkbox"/> 結核の既往……………</p><p><input type="checkbox"/> B型肝炎HBs抗原……</p></div>				
備考					

注1) 感染症の情報につきましては、別途、料金が発生する場合がございます。

サクラポート八幡に入居をされる際に必要となるお荷物の一覧

サクラポート八幡ではお客様のご入居に当たり下記の物品を用意していただいております
ご準備いただく物は決して新しい物である必要はありません。

特にお客様がご自分の物と認識されている物、こだわりをお持ちの物など、使い慣れた
馴染みの物をご準備下さい。 お荷物の全てに記名をお願いいたします。

◆必要なお荷物の一覧

■衣類・日常生活品等
<input type="checkbox"/> 衣類 普段着（季節に合わせて上下）、肌着や下着（季節に合わせて上下）
<input type="checkbox"/> 衣類 パジャマ、靴下、コート、マフラー、帽子、ひざ掛け 等
<input type="checkbox"/> 上履き （底の柔らかく、歩きやすく、着脱しやすい物、リハビリシューズ等） (※サンダル、スリッパは踵が無く転倒しやすく危険なため)
<input type="checkbox"/> オムツ、リハビリパンツ、尿取りパット 等
<input type="checkbox"/> 洗面用具（歯ブラシ、コップ、入れ歯ケース、安定剤等口腔ケア用品など）
<input type="checkbox"/> 入浴用具（あかすり）
<input type="checkbox"/> バスタオル、フェイスタオル（洗面、入浴以外でも使用しますので少し多めにお願いします）
<input type="checkbox"/> 掛布団 枕 毛布 ベッドパット（マットレスの上に敷くカバー）等
<input type="checkbox"/> 掛け布団カバー・敷きシーツ（ボックスタイプ）・枕カバー 各2セット
<input type="checkbox"/> 防水シーツ（必要な場合） 2枚
<input type="checkbox"/> 髭剃りや化粧品など ※T字剃刀での介助は法律により禁止されていますので電気シェーバーをお持ちください
<input type="checkbox"/> 内服中のお薬
■お部屋の準備品
<input type="checkbox"/> テレビなどの電化製品
<input type="checkbox"/> 時計
<input type="checkbox"/> ゴミ箱
<input type="checkbox"/> ハンガー
<input type="checkbox"/> 加湿器
<input type="checkbox"/> 洗濯カゴ
■保険証類
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証（原本）
<input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（お持ちの方）

※貴重品の持込に関して、当施設は責任を負いかねますので、ご了承願います。

その他、ご入居者様の状況に応じて介護用品など、準備していただくことがございます。
相談の上決めてまいりたいと思いますので、よろしく願いいたします。