

メディカルケア(株)介護施設 ご入居までの流れ

お問い合わせ

ご連絡先

●サービス付き高齢者向け住宅

サクラポート埴生; 千曲市鋳物師屋357 TEL 026-273-6330

サクラポート力石; 千曲市力石485-4 TEL 0268-82-5300

●地域密着型特定施設入居者生活介護

サクラポート八幡; 千曲市八幡1975 TEL 026-272-2070

●認知症対応型共同生活介護

八幡グループホームみのり; 八幡2003-2 TEL 026-272-5020

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入居状況書 ③医療情報提供書

ご面談

ご本人様・ご家族様との面談

※ご本人様が施設まで出向くことが難しい場合はご相談ください。

入居の判定

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

ご契約に持参いただく物

①医療保険者証 ②介護保険者証 ③認印 ④銀行届出印

ご入居

※お申込み時の医療情報提供書について、主治医より下記の情報の提供を依頼してください。

①血圧・身長・体重 ②認知症 ③結核性疾患 ④皮膚疾患 ⑤神経系疾患 ⑥B型・C型肝炎

入居申込書

サクラポート植生 サクラポート力石 サクラポート八幡 八幡グループホームみのり

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	〒 入居を希望している方	性別	生年月日	年 月 日 (歳)
		男・女		
住所	〒		電話番号	
介護区分*	要介護 要支援 自立 ()	認定有効期間*	年 月 日 ~ 年 月 日	
負担割合*	割	*「介護区分と認定有効期間は介護保険証」「負担割合は負担割合証」に記載されています		
担当ケアマネージャー ※いない場合は空欄	事業所名		担当ケアマネージャー名	

フリガナ 申込者氏名	〒 申込にきた方	続柄 ()	電話番号	
		住所	〒	

フリガナ 第一連絡先	〒 施設から連絡をする場合の第一連絡先	続柄 ()	電話番号	
		住所	〒	

フリガナ 第二連絡先	〒 施設から連絡をする場合の第二連絡先	続柄 ()	電話番号	
		住所	〒	

その他	連絡の取りやすい時間帯や方法、他施設への申込状況など特記すべき内容

※空きが出ていない状況でも連絡を取らせて頂き近況をお伺いする事もあります。

※他施設などの入居が決まったり当施設の入居申し込みを取り下げの場合は一報お願い致します。

サクラポート植生 (026-273-6330) サクラポート力石 (0268-82-5300)

受付担当者:

サクラポート八幡 (026-272-2070) 八幡グループホームみのり (026-272-5020)



入居状況書

記入日 令和 年 月 日

サクラポート植生 サクラポート力石 サクラポート八幡 八幡グループホームみのり

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)
本人氏名		男・女	介護度	自立・要支援・要介護()
フリガナ		続柄	ケアマネージャー	
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	リハビリパンツ ・ 尿取りパット ・ テープ式紙おむつ ・ その他		
入 浴	介 助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ デイサービスのみ		
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(掴まれば可能) ・ 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 ・ 大きな声で聞こえる ・ 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(注意すべき病歴や特記すべき身体状況等)

令和 年 月 日

主治医様

サクラポート埴生 サクラポート力石

サクラポート八幡 八幡グループホームみのり

福祉サービスにおける医療情報の提供のお願い

日頃より、私どもの事業所にご理解、ご協力いただき、厚く御礼申し上げます

当事業所は介護保険法令に従い、介護保険事業所を運営しております。

この度、_____様より当施設でのサービス利用のご希望を承っております。

つきましては、サービスを提供する上での注意点、服薬状況や健康状態(感染症を含む)

等を別紙『医療情報提供書』に記入していただきたくお願い申し上げます。

サービス名	内容
<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 (サクラポート埴生・力石)	高齢者が共同生活をする施設に入居し、 食堂や浴室を共有して、生活いたします。 必要に応じて、食事・洗濯・排泄などの 介護サービスを提供いたします。
<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 (サクラポート八幡)	
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (八幡グループホームみのり)	

医療情報提供書

提出先 サクラポート埴生 サクラポート力石
 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	
				身長	
				体重	
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					
感染症の有無	結核の既往(-・+) 皮膚疾患(-・+) 神経系疾患(-・+)				
	HBs抗原(-・+) HCV抗体(-・+)				
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()				
備考					

注1) 感染症の情報につきましては、医療機関にて別途、料金が発生する場合がございます。

注2) 新型コロナウイルス感染症の重症化リスクが高いと認められる基礎疾患等についてご記載ください。