

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、ご本人やご家族と十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ます、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、栄養剤を処方可能な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。

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**^{※1} 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
初回のみ ^{※2}	$\left[\begin{array}{c} \text{入居月日割り分} \\ \text{翌月分} \end{array} \right] +$	入居月利用分
2回目から	$\text{翌月分} +$	前月利用分

※1 入居月の20日までに口座引落しのお手続き完了の方・・・ 初回の口座引落日 入居2ヶ月目の27日

入居月の20日を過ぎてのお手続き完了の方・・・ 初回の口座引落日 入居3ヶ月目の27日

※2 入居3ヶ月目に初回の口座引落しの場合、初回のご請求内訳はそれぞれ1ヶ月分追加となります

ご入居時の持ち物

2023.11 改定

保険証など

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険証（健康保険証） | <input type="checkbox"/> 介護保険証 |
| <input type="checkbox"/> お薬手帳 | <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 |

お持ちであればご用意いただくもの

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 公費等証明書（特定疾患、重度障害） |
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー手帳 | <input type="checkbox"/> ご入居施設近隣の病院 診察カード |

日常生活必需品

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 下着類 | 4～5枚ずつ（約1週間分） |
| <input type="checkbox"/> 普段着 | 季節に応じたものを4～5組（約1週間分） |
| <input type="checkbox"/> 寝巻き | 4～5組（約1週間分） |
| <input type="checkbox"/> 靴下 | 4～5組（約1週間分） |
| <input type="checkbox"/> 靴 | 屋内履き（運動靴、リハビリシューズ等） |
| <input type="checkbox"/> おむつ | ・ リハビリパンツ等 |

洗面用具

- | | | | |
|--|----|---------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> コップ | 1個 | <input type="checkbox"/> ハンドソープ | |
| <input type="checkbox"/> 歯ブラシ | 1本 | | （居室内の洗面台で使用） |
| <input type="checkbox"/> 歯磨き粉 | 1本 | <input type="checkbox"/> タオル類 | |
| <input type="checkbox"/> ヘアブラシ | 1本 | | （フェイスタオルなど居室内で使用） |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯ケア用品（ご利用中の方） | | | |

介護用品

- 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子など

その他

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> エプロン（お食事の際にご利用中の方） | <input type="checkbox"/> スプーン（リハビリ用などをご利用中の方） |
| <input type="checkbox"/> お薬（最低2週間分。一包化にご協力ください） | <input type="checkbox"/> 加湿器 ・ 卓上時計 ・ カレンダー 等 |

【重要】持込不可について

- × 現金、貴金属類、通帳、印鑑類、貴重品等
施設での現金のお預かりは一切行っておりません
- × マッチ、ライター及び石油ストーブ等の火気類
- × 針やハサミ等の刃物類

【お願い】

持ち物全てに、油性マジック等消えないものでご入居者の氏名(フルネーム)をご記入ください。
記載のないもの（家電など）を持込希望の場合は、入居予定のホームへお問合せください。
ご状況によりご希望に添えない場合もございます。