

お申込から入所ご利用までのご案内

介護老人保健施設 けんちの苑すみだ川

1. 電話相談

当施設ご利用希望の方の、相談窓口として支援相談員が対応いたします。
お電話にて利用について問い合わせを頂き、施設の利用状況等をご説明いたします。
申込必要書類一式【①利用申込書 ②療養情報提供書 ③個人状況書】は、施設窓口
お渡し、又は施設からご郵送対応となります。**申込手続きを決定後はご請求下さい。**
尚、窓口でのお渡しと郵送の請求受付は月曜日～土曜日9時～19時迄です。

【 必要書類一式について 】

- 1) 施設利用申込書…ご本人・ご家族様にて、ご記入下さい。
- 2) 介護老人保健施設療養情報提供書…主治医にご依頼下さい。
検査データは3か月以内のものが有効です。
- 3) 個人状況書…ご家族様でのご記入ではなく、介護支援専門員の方や施設や病院
職員の方へのご記入依頼下さい。

2. 書類提出及び面談、施設見学

必ず事前にお電話にて、面談日の日時予約をお願い致します。
書類と介護保険被保険者証をご持参頂いて、ご家族様と面談致します。
ご家族様から、ご入所希望の理由・目的・病気や介護の状況、ご家族の状況や退所後
の方向性等をお伺いします。その後、施設内をご案内いたします。

3. 入所利用判定会議

入所判定会議は毎週定例(水曜日開催)で行なわれます。
施設長、医師、薬剤師、看護師、介護職員、支援相談員、理学療法士、管理栄養士
等で構成される当施設の会議にて、ご利用の可否を判定させていただきます。
それぞれの専門的見地から、当施設の**入所判定基準**に則し、合議にて判定を行
います。(入所判定基準もご説明いたします。)

4. 結果通知

担当相談員より入所判定結果をお電話にてご連絡いたします。
入所判定結果の詳細をご説明します。

5. ご利用開始のご案内

結果通知の連絡後は、ご案内まで利用待機となります。
施設の受け入れ可能時期に、事前に電話連絡にて、入所日の調整に入ります。

6. ご利用開始の契約手続き、オリエンテーション

入所日が決定後に利用案内の書類一式を郵送し、説明確認の手続きに入ります。
当日は、施設到着後より手続き完了に2時間の時間を要します。

※ ご不明な点はお気軽に支援相談員までご連絡下さい。

TEL 03-3807-0071
支援相談員 中村

介護老人保健施設 けんちの苑すみだ川 利用申込書

申込日	令和 年 月 日	担当相談員	
-----	----------------------	-------	--

【 利用申込者（連絡先） 】

(フリガナ) 氏名		続柄	
住所	〒 - () TEL () 携帯 - -		

利用サービス	<input type="checkbox"/> 施設入所利用 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ)
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 家庭へ帰る準備の為 <input type="checkbox"/> 介護者が一時的に不在になる為 <input type="checkbox"/> 家庭での介護が困難な為 <input type="checkbox"/> その他()
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 個室(室料あり) <input type="checkbox"/> 2人室(室料あり) <input type="checkbox"/> 4人室(多床室/室料なし) <input type="checkbox"/> 指定なし

利用希望者の状況	(フリガナ) 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性							
	現住所	〒 - () TEL ()									
	医療保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保								
	要介護認定	被保険者番号									
	<input type="checkbox"/> 経過的要介護 <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										
	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日										
	介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 第一段階 <input type="checkbox"/> 第二段階 <input type="checkbox"/> 第三段階 】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない									
	現居場所	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 入院中【入院先: 】 <input type="checkbox"/> 施設入所中【施設名: 】									
	家族構成 (同居していない方も含む)	氏名	続柄	年齢	同居の有無		連絡先(勤め先名・携帯電話等)				
					有	無					
				有	無						
				有	無						
				有	無						
				有	無						
				有	無						

担当ケアマネージャー		氏名		事業所名	
今後(退所後)の予定について		<input type="checkbox"/> 在宅へ復帰する(在宅介護する) <input type="checkbox"/> 施設入所を希望する 特別養護老人ホーム等に申し込むと同時に他老健等を家族で探し、退所日は守る 【申込先施設名:① ② ③】			
生活についてのご要望		① ご本人様の希望		③ご本人の状況等が、どのようになれば家に帰ることが出来ますか?【在宅復帰阻害要因】	
		② ご家族様の希望			
病歴について	ご入院	病名	入院・通院先	入院・通院期間	
		1)			
		2)			
		3)			
		4)			
	ご通院	1)			
		2)			
		3)			
		4)			
		5)			
本人の収入		1. 年金【種別 月額(万円) 2. 年金【種別 月額(万円) 3. その他【 月額(万円)	家族の状況	1. 給与所得者 2. 自営業 3. 年金 4. その他	
家屋状況		<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> その他			
生活歴について	① ご出身地	都道府県		市区町村	
	② ご兄弟	人兄弟姉妹		番目 (男性 人 女性 人)	
	③ ご結婚	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚【 <input type="checkbox"/> 離別(年 月) <input type="checkbox"/> 死別(年 月)			
	④ ご職業	<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> その他			
	⑤ 趣味特技	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 特に無し			
	⑥ ご性格	例) 明るい、几帳面、親しみやすい、凝り性、自己中心的、短気、のんき、気にしやすい			
	⑦ その他	飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり