入居申込に関する留意事項

＜１＞　申込書の記入について

　①様式１　「特別養護老人ホーム入居申込書」の記入について

　入居申込書の記載については、入居決定後に保証人になられる方がご記入ください。

もし、保証人となられる方が身体上の都合等により、ご記入できない場合は最寄りの介

護支援専門員がご記入してもかまいません。

　②様式２　「入居申込調査票」の記入について

　調査票の記載については、主たる介護支援専門員のご記入となります。

　③様式３　「介護支援専門員意見書」の記入について

　意見書の記載については、主たる介護支援専門員のご記入となります。

＜２＞　入居申込について

　①入居申込書　様式１　様式２　様式３　をセットにして、当施設まで提出してください。提出は保証人、代理の方（主たる介護支援専門員も可）、または、郵送でもかまいません。

　②申込の受付は原則として介護認定を受けられた方とします。

＜３＞保証人、介護支援専門員への連絡事項

1. 要介護度・状態等が変わった場合はその都度、当施設までご連絡ください。

（入居の順番に大きく関係してきます。）

1. 上記の他、わからない点などございましたら、ご連絡ください。
2. 受付後、５年経過した申込書については取り消しいたしますので、ご了承ください。

ＴＥＬ　０１８－８７７－７０７７

特別養護老人ホーム　わかば園　生活相談員まで

様式１

特別養護老人ホーム　　入居申込書

令和　　　年　　　月　　　日

特別養護老人ホームわかば園　施設長　様

申込者氏名　　　　　　　　　続柄（ 　　 ）

〒　　　－

住所

電話番号　　　　（ 　　　 ）

携帯番号　　　　**－**　　　　　**－**

※貴施設に入居したいので、次の通り申込いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 希　望　棟 | **□従来棟（４人部屋）　□従来棟（個室）　□ユニット棟（個室）** |
| 入居対象者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **※必ず介護保険証のコピーを添付してください** |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | □　明治　・　□　大正　・　□　昭和 | 性別 | □　男　・　□　女 |
|  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 要介護状態区分 | ※介護度　□１　　・　□２　　・　□３　　・　□４　　・　□５ |
| （　介護認定申請中　：　申請日　　　　年　　月　　日　） |
| 認定有効期間 | 平・令 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | から |
| 平・令 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | まで |
| 住所 | 〒　　　－　　　　 |
| 電話 | －　　　－　　　　　　　(FAX)　　　－　　　－ |
| 家族等の状況 | 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 職　業 | 同居･別居 | 別居先の電話等 |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |

私は、上記入居申込者の情報について、当施設が市町村介護保険事業計画策定のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意いたします。

対象者氏名

申込者氏名

（施設記入欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付№ | 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日受付 | 特記事項 |  |
|  |
|  | 受付者氏名 |  |  |
|  |

様式２

入　居　申　込　調　査　表

|  |  |
| --- | --- |
| 入居対象者名 |  |
| 調査年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 調査者氏名 |  |
| 現　　　状 | □自宅・□病院・□特養・□老健・□療養型・□他施設・□他（　　　　） |
| 介護保険サービス確認欄 | 利用している介護保険サービス□訪問介護・□訪問入浴・□通所介護・□短期入所・□通所リハ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調査時点での当月在宅サービス利用単位合計（　　　　　　　　　　単位）他施設の申込状況（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康保険 | 種別 |  | 年金等種別 |  |
| 障害者手帳 | □　無　・　□　有　　　　種　　　級（障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食　　　事 | □自立・□一部介助・□全介助・□経管栄養 | 入れ歯 □無　□上　□下 |
| 内容 | 主食　　□普　通　・□お　粥　・□ミキサー副食　　□普　通　・□刻　み　・□ミキサー（　　　　　　　　　）　　　　□　箸　　・□ｽﾌﾟｰﾝ　・□フォーク |
| 入　　浴 | □自　立・□一部介助・□全介助　（□一般浴・□中間浴・□特　浴） |
| 着脱衣 | □自　立・□一部介助・□全介助 |
| 排　　泄 | □自　立・□一部介助・□全介助・□尿カテーテル排泄状況（□便器・□尿器・□ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ・□おむつ・□紙ﾊﾟﾝﾂ・ﾊﾟｯﾄ）下剤の服用（　有・無　）　/　便　　日　　回　/　失禁（　有・無　） |
| 移　　動 | □自立・□一部介助・□全介助歩行状態（□自力歩行・□杖歩行・□立位不可）移動器具の使用（□歩行器・□老人車・□車椅子）（状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 視　　力 | □普通・□弱視・□全盲　/　眼鏡使用（　□有・□無　）（状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 聴　　力 | □普通・□大声できこえる・□難聴　/　補聴器使用（　□有・□無　）（状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 言語・会話 | □普通・□不明瞭・□失語・□会話不能 |
| 認知症等 | 無　□　・　有　□　　（重度・中度・軽度）問題行動（□失見当識・□記憶障害・その他　　　　　　　　　　　　）（状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬の服用 | □無　・□有　（薬名等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴特記等 | 昭・平・令　　　年　　　月（頃） |
| 昭・平・令　　　年　　　月（頃） |
| 昭・平・令　　　年　　　月（頃） |
| 昭・平・令　　　年　　　月（頃） |

|  |
| --- |
| 【特記事項】 |

様式３

介護支援専門員意見書

入居対象者名

１．本人の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | 介護度５ | 介護度４ | 介護度３ | 介護度２～１ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 痴呆により不適応行動 | 非常に多い | やや多い | 少しあり | なし |

２．在宅サービス利用度

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅サービス利用限度額の割合 | ６０％以上 | ５０％以上 | ３０％以上 | ３０％未満 |

３．主たる介護者・家族等の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 世帯状況 | □　独　居　　　　□高齢者世帯　　　□そ　の　他 |
| ② | 介護者の性別・年齢・続柄 | □男・□女　　　歳（本人からみた続柄　　　　　　　） |
| ③ | 介護者の介護負担 | □重　い　　□やや重い　　□軽い　　□負担なし |
| ④ | 介護者の病気や障害 | □無・□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑤ | 介護者の就労 | □無・□有（職種等　　　　　　　　日/週・　　　時間/日） |
| ⑥ | 他の要介護者 | □無・□有（要支援・要介護　１・２・３・４・５） |
| ⑦ | 介護者が育児・家族が病気 | □無・□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑧ | 介護者の介護の関わり方 | □介護拒否・□非常に消極的・□やや消極的・□普通 |
| ⑨ | 他の同居介護補助者 | □無・□有（続柄　　　　　　）　　　　　　　日/週程度　 |
| ⑩ | 別居血縁者介護協力 | □無・□有（続柄　　　　　　）　　　　　　　日/週程度　 |
| ⑪ | 近隣者等の介護協力 | □ほとんど無し　　□随時あり　　□常時あり |

４．特記事項及び意見

|  |
| --- |
|  |

意見書作成日　　令和　　年　　月　　日　　意見書作成者

支援事業所名　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

電　話　　　　－　　　　－