

入所希望者様へ

社会福祉法人うぐいす会
特別養護老人ホーム誉田園
施設長 高橋 秀和

入所申込みに関するご案内

この度は、当老人ホームへ入所のお問い合わせを頂き誠にありがとうございます。入所申込みに関する書類を送付致しますので、下記の書類にご記入の上当施設までご返送頂くようお願い致します。

- (1) 指定介護老人福祉施設入所申込書(様式1)・調査票(様式2)
- (2) 入居者状況確認表
- (3) 介護保険被保険者証(コピー)
- (4) 介護保険負担割合証(コピー)
- (5) 介護保険負担限度額認定証(該当されている方のみ)

※入所申込書・調査票は記入漏れの無いようお願い致します。記入漏れがあった場合正確な評価が出来ませんのでご注意ください。

<入所申込みから決定までの流れ>

1. 提出書類の内容を確認し誉田園の担当者による入所検討会議を行います。
2. 検討会議では入所基準に基づいて内容を審査し、ご家族の状況等を考慮の上、優先的な順位決定を行います。
3. 退所者が生じて入所可能となった場合、施設から入所希望者の意思確認を行います。
4. 入所希望の場合、入所手続きを行います。

<送付先>

〒266-0003

千葉県千葉市緑区高田町1790-1 特別養護老人ホーム誉田園

(Tel 043-291-2524 Fax 043-291-2590)

特別養護老人ホーム等入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)		性別		保険者	
	(フリガナ)		性別		被保険者番号	
	氏名		男・女		要介護度	1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間		平成/令和 年 月 日から 平成/令和 年 月 日まで	
	現住所	〒 —				
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成/令和 年 月から入所・入院している				
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きき十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他()) ※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他()) 【現在治療中の病気・特記事項等】				
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () () ()				
主たる介護者	(フリガナ)		性別		本人との関係	
	氏名		男・女		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)				
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】				

様式2

特別養護老人ホーム等入所調査票

1 本人の状況

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱa・Ⅱb		I	自立	

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者 世 帯	そ の 他
介護者の年齢・続柄			
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い 負 担 な し
介護者の障害や疾病	無・有(
介護者の就労	無・有(職種等 日/週、 時間/日)		
他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)		
介護者の育児、家族の病気	無・有(
介護者の介護の関わり方	消 極 的	や や 消 極 的	普 通 積 極 的
他の同居介護補助者	無・有(続柄 日/週程度		
別居血縁者介護協力	無・有(続柄 日/週程度		
近隣者等の介護協力	ほ と ん ど な し	随 時 あ り	常 時 あ り

3 調査者の意見

記載者氏名 _____ 印

入居者状況確認表

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

1. 本人の状況

該当するもの全てに○を付けてください。

視 力	普通 ・ ぼんやり(右・左) ・ 殆ど見えない(右・左) ・ 眼鏡使用	
聴 力	正常 ・ 大きい声は聞こえる(目の前・右耳元・左耳元) ・ ほとんど聞こえない(右・左)	
	補聴器使用 無 ・ 有 (右・左)	
発 語	正常 ・ 聞き取りにくい ・ 話せない	
意思疎通	できる・たまにできる・殆どできない・できない・ その他の方法で可能 (_____)	
麻 痺	無 ・ 有 (部位： _____)	
床 ず れ	現在	無 ・ 有 (部位： _____)
	発症暦	無 ・ 有 (部位： _____ 回数： _____ 回位)
		[時期] _____ 年前 [治療期間] _____ ヶ月 [発症場所] 自宅 ・ 病院
睡 眠	夜間： 良眠 ・ 夜間あまりよく眠れない ・ 夜間眠れない ・ 昼夜逆転 ・ 眠剤服用	
	昼寝： ほぼ毎日 ・ 週に _____ 回程度 ・ ほとんどしない	
屋内移動	独立歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 (自走・一部介助・全介助)	
屋外移動	独立歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 (自走・一部介助・全介助)	
起き上がり	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
移 乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
食 事	自立 ・ 要見守り ・ 声をかければ食べる ・ 一部介助が必要 ・ 全介助	
	ご飯[普通・お粥] ・ おかず[普通・刻み食(大・小・極小) ・ ミキサー食] ・ 経管栄養	
	食べられない物, 制限等 (_____)	
入 れ 歯	無 ・ 有 (上下・上のみ・下のみ)	
入 浴	方 法： 一般浴 ・ 機械浴 ・ 特別浴	
	介 助： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	着 脱： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
排 泄	日 中	自立 ・ 要見守り(声かけ誘導) ・ 一部介助 ・ 全介助
		ポータブルトイレ ・ 布パンツ ・ 紙パンツ ・ 尿取りパッド ・ オムツ ・ 下剤使用
	夜 間	自立 ・ 要見守り(声かけ誘導) ・ 一部介助 ・ 全介助
		ポータブルトイレ ・ 布パンツ ・ 紙パンツ ・ 尿取りパッド ・ オムツ ・ 下剤使用
介護サービス利用	無 ・ 有 (内容： _____)	
担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名： _____	
	(TEL: _____ - _____ - _____) (FAX: _____ - _____ - _____)	
	ケアマネジャー氏名： _____	

生活暦（経歴）

入居者氏名： _____

記入者氏名： _____ 続柄： _____

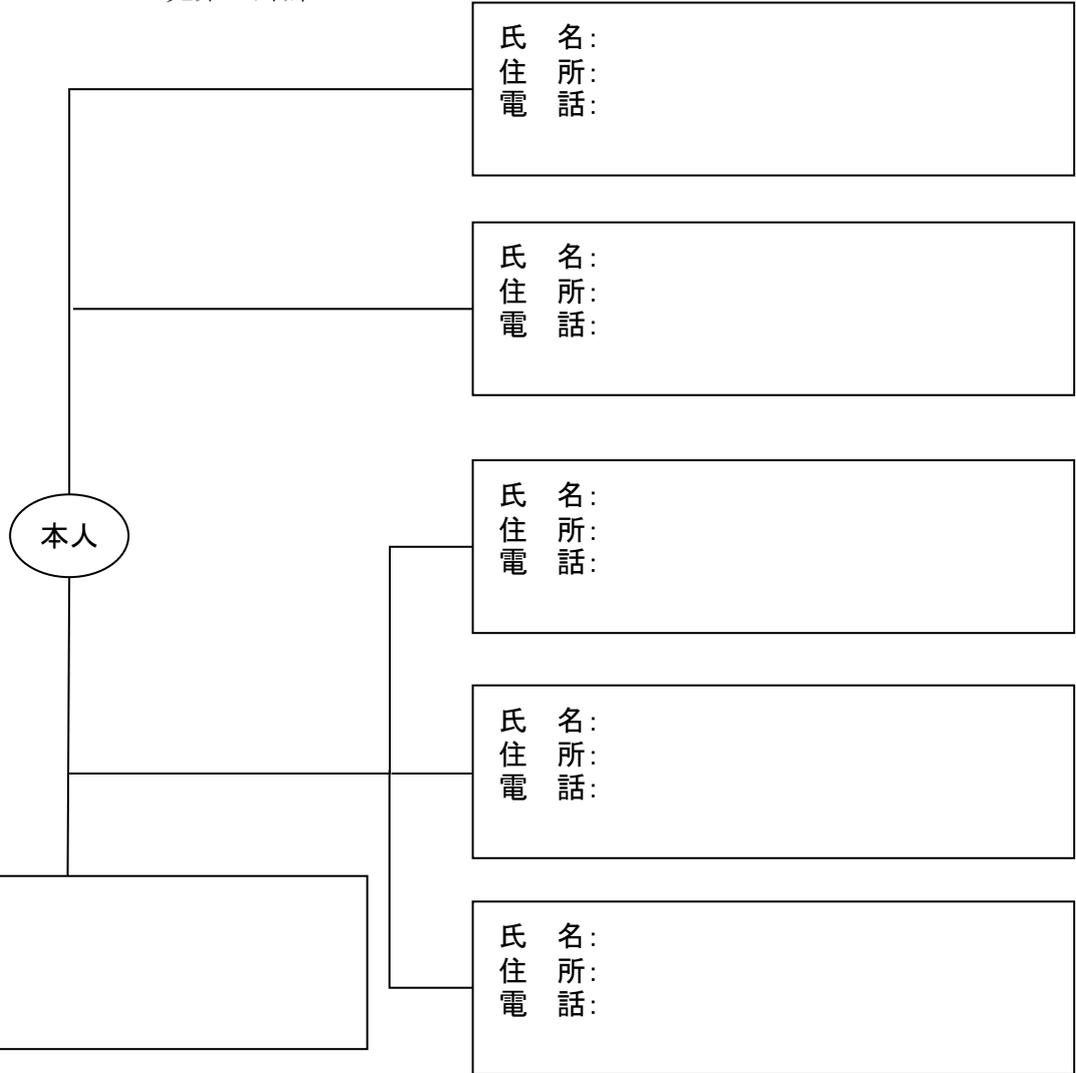
入居された方の今までの生活を最大限に尊重し、誉田園においてご本人の経歴に基づいたサービスの提供を目指して行くために、誉田園入居前までどのような人生を送ってこられたのかをできるだけ詳しくご記入いただけますでしょうか。お手数ですが、ご協力よろしくお願いいたします。

生年月日 (当時の状況)	
家族構成 (幼少期)	
育った場所・環境	
学 校 (学校名・内容等)	
就 職 (仕事内容等)	
結 婚 (日付・配偶者名等)	
本人から見た 家族構成	
記念日等 (重要な日)	
大きな病気・事故等	
性格・習慣・クセ等	
趣 味	
好きな食べ物	
その他	

家族構成

入居者氏名： _____

<兄弟・姉妹>



<配偶者>

氏名:
住所:
電話:

<その他の親族>

氏名:
住所:
電話:

氏名:
住所:
電話:

氏名:
住所:
電話: