

①

入所申込書

*職員が受付印を押し入所申込書①の面(A4)をコピーいたします。恐れ入りますが、控として保管していただけますようお願いいたします。

受付日	平成	年	月	日	
施設長			相談員	相談員	受付者

【申込施設】当法人が運営する特別養護老人ホームは3つ施設がございます。
本用紙1枚にて、複数の施設への申し込みが可能です。

ご希望の施設を、○で囲んでください。

特別養護老人ホーム山王苑にいがた 新潟市東区海老ヶ瀬642 電話 025-278-9055 FAX 025-278-9081	特別養護老人ホーム山王苑 五泉市村松203-1 電話 0250-58-8989 FAX 0250-58-4791	特別養護老人ホーム第二山王苑あけぼの 五泉市村松98-1 電話 0250-41-5650 FAX 0250-41-5651
--	--	---

申込日	平成	年	月	日	
(ふりがな)					本人との続柄
申込者氏名	様				
現住所・電話番号	〒 - 電話番号				
その他(連絡のとりやすい時間帯・携帯電話等をご記入ください)					

第二山王苑あけぼのは、地域密着型です。入所対象者は、五泉市在中の方のみとなります。

要介護度1及び2の方は、特例入所の要件(理由)が必要となります。要件(理由)の記入は裏面②をご参照ください。

*注 ↓ 介護度が変更の場合にはご連絡ください。

(ふりがな)		要介護度	要介護 1・2・3・4・5		
入所希望者氏名	様	性別 男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 生 (歳)
現住所・電話番号	〒 - 電話番号				
◆申込理由(本人の状態と家族介護の状況)					
*現在入院・入所中の場合 平成____年____月～施設名(_____)					
◆入所希望の意向					
<input type="checkbox"/> 将来的に入所したい・・・____年後 <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい・・・平成____年____月頃までに入所したい					
◆他施設に申込されている場合ご記入ください					
施設名_____ (特養・老健・その他) 申込日(平成____年____月頃)					
施設名_____ (特養・老健・その他) 申込日(平成____年____月頃)					
施設名_____ (特養・老健・その他) 申込日(平成____年____月頃)					

- ★施設概要・・・パンフレットをご参照ください。
- ★入居費用につきましては、別紙をご参照ください。
- ★留意事項(ご協力くださいますようお願いいたします)
本入所申込書の記入事項に変更があった場合や、申込を取り下げる場合等にはご連絡ください。
- ★ご不明な点等がございましたらお気軽にお問い合わせください。

社会福祉法人 茨塚福祉会 〒959-1707 新潟県五泉市村松203-1 電話 (0250)58-8989 FAX (0250)58-4791

*引き続き、裏面②をご記入ください。

③ 担当介護支援専門員さまへ お手数をおかけいたしますが、下記の「意見書」及び裏面④「提供票」にご記入の上、申込者さまへお渡しいただけますようお願い申し上げます。

- 特別養護老人ホーム山王苑 施設長 殿
- 特別養護老人ホーム第二山王苑あけぼの 施設長 殿
- 特別養護老人ホーム山王苑にいがた 施設長 殿

下記につきましては可能な範囲でご記入いただけますようお願い申し上げます。

※上記、複数の施設へのお申し込みの際においては、本書は1枚の記入で結構です。

介護支援専門員意見書

	入居希望者氏名		様												
1. 本人の状況	<p>要介護 1・2・3・4・5</p> <p>認知症による不適応行動 非常に多い・やや多い・少しあり・なし</p> <p>「夜間不眠や昼夜が逆転している」</p> <p>*認定調査における行動に関連する項目のうち、 ⇒ 「1人で外に出たがり目が離せない」 ⇒ 「火の始末や火の元の管理ができない」 ⇒ に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が、1つ以上ある場合で、 「ろう便行為等の不潔行為がある」 「異食行動がある」</p> <p>「非常に多い」・・・毎日ある場合 ⇒ 「やや多い」・・・週に1～2回以上ある場合 を目安としてご判断ください。 「少しあり」・・・月に1～2回程度ある場合</p>														
2. 居宅サービス利用限度額割合	<p>60%以上 ・ 50%以上 ・ 30%以上 ・ 30%以下</p> <p>サービス利用票別票に基づく、支給限度基準額に対するサービス利用額の割合です。 (区分支給限度基準額単位数 / サービス利用単位数 × 100)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">利用しているサービス名</th> <th style="width: 40%;">利用回数等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>算定の期間については概ね3ヶ月を標準とし、平均利用割合によりご判断ください。算定の対象となるサービスは、次のとおりです。訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・短期入所生活介護・短期入所療養介護・通所介護・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・福祉用具貸与</p>	利用しているサービス名	利用回数等												
利用しているサービス名	利用回数等														
3. 主たる介護者・家族等の状況	<p>◆世帯の状況・・・独居世帯・高齢者のみの世帯・その他 ()</p> <p>◆主たる介護者の年齢・続柄・・・ (歳) 続柄 ()</p> <p>◆介護者の障害・疾病・・・なし・あり () 介護は困難・多少は介護可・介護は可能</p> <p>◆介護者の就労・・・就労不可能・なし・あり(職種等) () 勤務 (日/週・ 時間/日)</p> <p>◆介護者の育児・家族の病気・・・なし・あり () 常時の育児看病・半日育児看病・臨時育児看病</p> <p>◆他の同居介護補助者・・・なし・あり(続柄) (日/週程度) (続柄) (日/週程度) (続柄) (日/週程度)</p> <p>◆別居血縁者の介護協力・・・なし・あり(続柄) (日/週程度) (続柄) (日/週程度) (続柄) (日/週程度)</p>														
4. 要介護1及び2の方の申込みにおいては、特例入所の要件(理由)が必要となります。具体的な理由をお書き添えいただけますようお願い申し上げます。															

作成日	年	月	日	
事業所名				担当者名 印
電話番号				

④ 入所情報提供票

下記につきましては可能な範囲でご記入いただけますようお願い申し上げます。

- 特別養護老人ホーム山王苑 施設長 殿
- 特別養護老人ホーム第二山王苑あけぼの 施設長 殿
- 特別養護老人ホーム山王苑にいがた 施設長 殿

※上記、複数の施設へのお申し込みの際においては、本書は1枚の記入で結構です。

ふりがな						生年月日 年 月 日 年齢	明治 大正 年 月 日 (満 歳) 昭和	男・女
介護保険	被保険者番号						保険者名	
	要介護度	要介護 1・2・3・4・5					前回の要介護度【 】	
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
年金等	(種別) 国民年金・厚生年金・共済年金・その他()							
障害者手帳等	手帳の種類	(障害名)						
	判定	級(度) 聴・視・聴・聾 年 月 日 ~						
日常生活動作の状況	◆移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行(1点杖・多点杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(普通・特殊/私物・借物)					◆着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	◆入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 中間浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴槽						
	◆排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿意(有・無) <input type="checkbox"/> 便意(有・無) <昼> <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他 <夜> <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他						
	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏興奮 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 自傷行為	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事量(大盛・普通・小盛)で約()/10 主食(常食・3分粥・5分粥・全粥・ ^h -スト) 副食(常食・刻み・中間刻み・極刻み・ ^h -スト) 特別食(減塩 g・糖尿食 kcal)				
医療の状況	入院歴	傷病名	期間	医療機関名				
			年 月 ~ 年 月					
			年 月 ~ 年 月					
			年 月 ~ 年 月					
現在治療中の傷病名	傷病名	年 月 ~	医療機関名	【障害の部位】 △ 障害 × 欠損部位 ● 褥瘡部位 身長 cm 体重 kg				
	服薬情報 (処方箋等のコピーでも結構です)							
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル(フォーレ) <input type="checkbox"/> ストーマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 眼鏡はかけているが日常生活に支障がある(傷病名) <input type="checkbox"/> その他()								

作成日	年 月 日
事業所名	担当者名
電話番号	印

ご協力ありがとうございました。なお、上記での情報不足等につきましては、別紙(任意様式)を添付(封書詰)していただければ幸いに存じます。

特別養護老人ホーム山王苑 五泉市村松203-1 電話 0250-58-8989 FAX 0250-58-4791	特別養護老人ホーム第二山王苑あけぼの 五泉市村松98-1 電話 0250-41-5650 FAX 0250-41-5651	特別養護老人ホーム山王苑にいがた 新潟市東区海老ヶ瀬642 電話 025-278-9055 FAX 025-278-9081
---	--	---