

特別養護老人ホーム 入所申込書(様式1)

入所申込書: NO.1

平成27年4月1日以降より施設への入所は原則要介護度3以上の者に限定されました。
要介護度1又は2の者は、特例入所対象者となる為、別紙『特例入所者用』への記載も必要となります。

施設区分	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設
申込年月日	年 月 日	受付人
申込回数	初回 ・ 回目【初回申込日: 年 月 日】	
申込取下日	年 月 日	事由発生年月日 年 月 日
取下げ事由	死亡・他施設入所・その他()	

《入所希望利用者欄》

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日		
氏名	様	性別	男・女	年齢	歳
現住所		電話番号	自宅ほか		
			携 帯		

《入所申込者欄(身元引受人等)》 ※施設からの連絡は下欄に記入された方を連絡先とさせていただきます

フリガナ		続柄			
氏名	様	性別	男・女	年齢	歳
現住所		電話番号	自宅ほか		
			携 帯		

★別紙『入所申込に係る説明事項』について説明を受け、内容を確認いたしました。

年 月 日 : 申込者署名捺印	(印)
-----------------	-----

《要介護認定》 ※介護保険証のコピーを添付して下さい

要介護度	要介護 1・2・3・4・5	認知症高齢者日常生活自立度			
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	保険証複写添付	有 ・ 無		
被保険者番号		保険者名			

※利用している居宅介護支援事業所を記入してください

事業所名	担当 ケアマネジャー
電話番号(携帯)	

《代理申込者欄(介護支援専門員)》 ※必ず、入所申込者欄(身元引受人等)も記入してください

フリガナ		事業所名			
氏名	様	電話番号(携帯)			
介護支援専門員の意見					

☆別紙『入所申込に係る説明事項』について確認のうえ、入所申込者にその旨を説明いたしました。

令和 年 月 日 : 代理申込者署名捺印	(印)
----------------------	-----

《入所を希望する理由》 ※該当するもの全てにレ点と○を付けてください

入所申込書: NO.2

<input type="checkbox"/> 一人暮らしで日常生活に支障が生じている (入所申込時点での在宅生活に限る)
<input type="checkbox"/> 介護者が次の理由により介護の継続困難⇒【高齢・疾病・就労・育児・その他：】
<input type="checkbox"/> 他にも介護(介護認定者に限る)しなければならない家族がいる⇒【状況：】
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により在宅での介護が困難⇒【状況：】
<input type="checkbox"/> 病院や施設から退院、退所を求められている⇒【状況：】
<input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度額を超えるなど、経済的負担が大きい
<input type="checkbox"/> その他(介護上の困りごと、家族の介護状況、入所を希望する具体的な理由等、ご自由に記載して下さい)

《認知症の症状》 ※該当するもの全てにレ点を付けてください

(過去1カ月以内の状況に限る。また、現在施設入所している等して、その状況にない場合は含まない。)

<input type="checkbox"/> 被害的(物を盗られたなどと実際には盗られていないものを盗られたという等)
<input type="checkbox"/> 作話(事実とは異なる話や起こしてしまった失敗を取り繕うためのありもしない話をする等)
<input type="checkbox"/> 感情が不安定(泣いたり笑ったりして感情が不安定になることがある)
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転(夜間何度も目が覚めるため、日中に活動できない、昼と夜の生活が逆転している)
<input type="checkbox"/> 同じ話をする(しつこく同じ話をする)
<input type="checkbox"/> 大声を出す(周囲に迷惑になるような大声を出す)
<input type="checkbox"/> 介護に抵抗(介助の場面で介護拒否する)
<input type="checkbox"/> 落ち着きなし(家に帰る等と言い落ち着きがない)
<input type="checkbox"/> 一人で出たがる(一人で外に出たがり、目が離せない)
<input type="checkbox"/> 収集癖(いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる)
<input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す(物を壊したり衣類を破いたりする)
<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ(火の不始末や家にあるのに大量に卵を買ってきてしまう等)
<input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い(明らかに周囲の状況に合致しないにも関わらず独り言や独り笑いをする)
<input type="checkbox"/> 自分勝手に行動する(明らかに周囲の状況に合致しない自分勝手な行動をする)
<input type="checkbox"/> 話がまとまらない(話の内容に一貫性がない、話題を次々と変える、質問に対して全く無関係な話が続く等)
<input type="checkbox"/> その他

《入所希望者の医療関連》 ※現在該当する医療の対応全てにレ点をつけてください 入所申込書: NO.4

<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 腸ろう	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> インスリン注射
<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル	<input type="checkbox"/> 膀胱ろう	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 透析
<input type="checkbox"/> その他特別な医療等 ()				

※入所希望者の主な病気や既往歴、アレルギー等をご記載下さい

病歴	(年 月 日)	(年 月 日)
	(年 月 日)	(年 月 日)
	(年 月 日)	(年 月 日)
	(年 月 日)	(年 月 日)
	(年 月 日)	(年 月 日)
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()	<input type="checkbox"/> わからない
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()	<input type="checkbox"/> わからない
主治医		医療機関名
留意点		

《入所希望者の日常生活の身体状況》 ※当てはまるいずれか1つにレ点と○を付けて下さい

<input type="checkbox"/> ア: 屋内では杖や歩行器等を使用し、寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には付き添い介護が必要
<input type="checkbox"/> イ: (自力 ・ 介助)で車イスに移乗し、車イスを自力駆動することができる
<input type="checkbox"/> ウ: 介助により車イスに移乗し、移動時には車イスを押す介助が必要
<input type="checkbox"/> エ: 寝たきりの状態で、自分では寝返りができず、全てにおいて介護が必要

《入所希望者の身体状況》 ※該当するものにレ点と○を付けてください

視力	<input type="checkbox"/> 普通 (支障無い)	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> かなり悪い	<input type="checkbox"/> 全く見えない
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 (支障無い)	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> かなり悪い	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
言語	<input type="checkbox"/> 普通 (支障無い)	<input type="checkbox"/> 軽度障害	<input type="checkbox"/> 重度障害	<input type="checkbox"/> 言葉が発せられない
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
	(普通食 ・ キザミ食(荒ミジン) ・ ペースト食 ・ 水分トロミ ・ わからない)			
排泄 (排尿)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	(トイレ ・ オムツ ・ わからない)			
排泄 (排便)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	(トイレ ・ オムツ ・ わからない)			
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
	(機械浴 ・ 一般浴 ・ わからない)			

社会福祉法人碓氷福祉会 特別養護老人ホームうすいの里

【入所申込に係る説明事項】

入所について

※ 入所の判定及び決定は、群馬県特別養護老人ホーム入所指針に基づき入所の必要性が高いと認められる方が優先されることとなっています。またその手続き等に関しても同指針に規定されています。入所判定につきましても同指針に則り対応しています。

入所対象者

※ 要介護3～要介護5の認定を受け、居宅に於いて介護を受ける事が困難な方。

要介護1又は2の認定を受けた方で、心身の状況や置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められた方。

入所申込方法

※ 当施設にお越しいただき、関係書類へのご記入、入所希望者等の詳細情報の聞き取り等によって受付を受理させていただきます。受付担当者が不在となることもありますので、お越しいただく前には必ず担当者との日時の調整をお願い致します。

※ 受付担当者が不在の際は、必要書類をお渡しいたしますので、おわかりの箇所のみご記入してください。後日上記同様に対応させていただきます。

※ 入所申込は、担当の介護支援専門員により代行することもできますが、必ず希望者や申込者への意思確認をお願いします。

※ 当施設へ申込にお越いただく際は介護保険証、負担額認定証など、希望者の関係書類がありましたら、ご持参下さい。

入所の決定

※ 入所申込時の書類を参考に、群馬県特別養護老人ホーム入所指針に基づき審査を行い、その結果を基に当施設に於いて、合議制の入所検討委員会を開催し、協議のうえ入所の必要性を総合的に判断して、決定を行います。

※ 入所が決定された場合には、希望者や申込者と連絡を取り入所意思の確認、具体的な手続き、入所時期等について相談、調整をさせていただきます。

※ 入所決定後に、希望者の身体状況等が記載された関係書類や、聞き取りした情報と明らかな違いがあるなど申込時に偽りがあったと判断された場合、その決定は無効とさせていただきます。

施設からお願い

※ 入所申込は希望者(施設に入所される方)の意思や意向を尊重し行ってください。

※ 申込後、当施設への入所の必要が無くなった時、あるいは申込時の内容に変更が生じた際には、必ずその旨をご連絡、または必要に応じて申込の更新手続きをお願い致します。

【お問い合わせ先】

社会福祉法人碓氷福祉会 特別養護老人ホームうすいの里

TEL:027-393-5858

FAX:027-393-5854

入所申込書「別紙」 (「要介護1又は2」特列入所者用)

年 月 日

(フリガナ)		保 険 者				
氏 名		保険者番号				
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			性別	男・女	
申込者記入欄	※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症であり、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"/> 知的障害、精神障害等であり、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"/> 療育・障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳なし <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。 ※上記に当てはまる具体的な事由を記入して下さい。				施設確認欄	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
記入者の氏名： 本人との続柄：						
施設の確認及び記入欄	※上記の確認内容を記入して下さい。 以前から当施設のショートステイを利用していますが、たびたび全身に痛々しい皮下出血ををしている事があり確かに上記記載のとおり長男の虐待があるようです。 ショートステイの退所で自宅へ送迎した時も長男の虐待が怖いらしく、家の中には居られず、炎天下の中、屋外へ出てきてしまいます。当施設でも危険性が高いと判断して、家族迎えは21時過ぎになります。記入者の仕事終わりに施設まで迎えにきてもらっています。また、重度の聴覚障害があり筆談でしか意思疎通を図れず、これ以上の在宅生活は厳しいと思います 以上の事から入所希望者の心身の安全、安心が確保されておらず、施設入所は妥当であると判断します					
上記について、報告を行うとともに、入所申込時の入所等検討委員会に必要な 保険者市区町村の意見を求めます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 施設所在地：群馬県安中市松井田町高梨子1491-1 施設名：特別養護老人ホームうすいの里 代表者名：施設長 上原 嘉代子 (印) 担当者名：生活相談員 武田 裕之						
入所申込時の保険者市区町村の意見記入欄	※保険者市区町村の意見を記入して下さい。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 保険者所在地： 保険者名： 代表者名： 担当者名： (印)					

施設記入欄	<p>※入所申込時の入所等検討委員会における協議内容及び結果等を記入して下さい。</p>
施設記入欄	<p>入所者の決定を行う際の入所等検討委員会に必要となる保険者市区町村の意見を求めます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>施設所在地：群馬県安中市松井田町高梨子1491-1 施設名：特別養護老人ホームうすいの里 代表者名：施設長 上原 嘉代子 (印) 担当者名：生活相談員 武田 裕之</p>
入所者の決定を行う際の保険者市区町村の意見記入欄	<p>※保険者市区町村の意見を記入して下さい。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>保険者所在地： 保険者名： 代表者名： (印) 担当者名：</p>

個人情報保護指針

- 入所申込書等、入所に関して必要となる書類に記載された内容は、審査判定等の手続において活用いたします。
- 施設入所後、医療や介護サービス提供に伴い、入所前の生活情報等について把握することが必要な場合は、必要最低限の範囲で入所申込時の書類による情報を活用いたします。
- 入所申込に伴う希望者や申込者の個人情報の活用、管理につきましては、当施設の個人情報保護規程に基づき適切に取り扱いいたします。
- 個人情報開示拒否、個人情報の訂正、削除の場合は、速やかに(うすいの里)まで文書にて提出して下さい。
- 入所申込に伴う希望者に、入所申込書に記載した認知症の症状や身体の状態等に基づき、事前に面会させていただきます。
尚、面会にあたってご家族様へのご連絡は致しませんので、ご了承下さい。

個人情報使用及び事前面会に対する同意書

私は上記内容を理解し、入所申込及び判定等に伴い必要となる個人情報の活用、また、入所希望者に対する事前面会に同意いたします。

令和 年 月 日

【 入所希望者 】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【 入所申込者 】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

続柄 () _____