

社会福祉法人 慈徳会 特別養護老人ホーム さくらの郷 入所申込書

(様式1)

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

受付番号	
------	--

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致します。

**注)申し込みの際は、入所調査票、入所手順説明書、認定調査票(写し)、被保険者証(写し)、負担限度額認定証(写し)を添えて下さい。**

保険者		被保険者 番号											
入所希望者の 状況	フリガナ				性別	限度額段階	生保・1・2・3・4・申請予定						
	氏名				男・女	負担割合	1割・2割・その他( )						
	要介護度	1・2・3・4・5			認知症 高齢者自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M							
	生年月日	大・昭 年 月 日( )歳			要介護 認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで							
	現住所	〒 -											

家族等 連絡先	ふりがな		性別	続柄	生年月日														
	氏名		男・女		大・昭・平 年 月 日( )歳														
	住所	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居(※別居の場合は下記にご記入下さい)			連絡先の 電話番号	自宅: 携帯:													
	家族構成	<input type="checkbox"/> 単身・ <input type="checkbox"/> 高齢者世帯・ <input type="checkbox"/> 左記以外の世帯( )																	
	主介護者の 状況	<input type="checkbox"/> 就労している・ <input type="checkbox"/> 疾病等がある・ <input type="checkbox"/> 複数の人を介護している・ <input type="checkbox"/> 主介護者以外に協力者がある <input type="checkbox"/> 要介護者である・ <input type="checkbox"/> 介護者がいない・ <input type="checkbox"/> その他( )																	
	在宅サービス 利用	<input type="checkbox"/> デイサービス・ <input type="checkbox"/> ショートステイ・ <input type="checkbox"/> 訪問介護・ <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 入院または入居されている場所等( )																	
	在宅サービス 利用率	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>3ヶ月前</td> <td>2ヶ月前</td> <td>1ヶ月前</td> </tr> <tr> <td>要介護度</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>利用単位数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					3ヶ月前	2ヶ月前	1ヶ月前	要介護度				利用単位数				介護保険居宅サービス利用 単位数の直近3ヶ月の平均	
		3ヶ月前	2ヶ月前	1ヶ月前															
要介護度																			
利用単位数																			
申し込み 状況	※ すでに申し込まれている施設があれば記入をお願いします																		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 個室希望(さくら園・さくら橋のみ)・ <input type="checkbox"/> 2人部屋希望・ <input type="checkbox"/> 4人部屋希望・ <input type="checkbox"/> どちらでもよい																		

申し込 み理 由	※ 必ず記入をお願いします。 例)ご家族の介護状況や、病院(施設)から退院(退所)を求められている、経済的負担が大きい等	
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐに入居したい <input type="checkbox"/> 今後の為の申し込み ( 年 月頃まで)

# 特別養護老人ホーム 入所調査票

(様式2)

対象者氏名	被保険者番号
-------	--------

※ 入居希望者について、該当するものにチェックをつけて下さい(申し込み時の状態)

1.在宅(現在の居所)での介護の継続について

<input type="checkbox"/> 現在の状況で継続可能 ・ <input type="checkbox"/> 居宅サービス追加等で継続可能 ・ <input type="checkbox"/> 在宅(現在の居所)での介護の継続は困難 ※ 介護の継続が困難な場合のみ、理由を下記に記入をお願いします。

2.本人の生活状況

食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べている ・ <input type="checkbox"/> 少し手伝いが必要 ・ <input type="checkbox"/> 全て介助している ・ <input type="checkbox"/> 胃瘻 ・ <input type="checkbox"/> 鼻注 食事形態： 主食 ( ) 副食 ( ) 摂食状況： <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 多い ・ <input type="checkbox"/> 少ない ・ <input type="checkbox"/> 拒否がある むせ込み： <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> 時々ある ・ <input type="checkbox"/> ない トロミ剤 <input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ※ 備考(一部介助の場合はどのような介助が必要か等)		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立している ・ <input type="checkbox"/> 自分で行うが手伝いが必要 ・ <input type="checkbox"/> 全て介助している 使用下着： <input type="checkbox"/> 洗い換えの下着 ・ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ ・ <input type="checkbox"/> オムツ ・ <input type="checkbox"/> バルーン ・ <input type="checkbox"/> ストマ 排泄方法： 昼間 <input type="checkbox"/> トイレ ・ <input type="checkbox"/> ポータブル ・ <input type="checkbox"/> オムツ ・ <input type="checkbox"/> その他( ) 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ ・ <input type="checkbox"/> ポータブル ・ <input type="checkbox"/> オムツ ・ <input type="checkbox"/> その他( ) 排便頻度： <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 多い ・ <input type="checkbox"/> 便秘気味 ・ <input type="checkbox"/> 下痢気味 ※ 備考(一部介助の場合はどのような介助が必要か等)		
移乗	<input type="checkbox"/> 自分で行える ・ <input type="checkbox"/> 少し手伝いが必要 ・ <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 ※ 備考(一部介助の場合はどのような介助が必要か等)		
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 杖を使用 ・ <input type="checkbox"/> シルバーカー ・ <input type="checkbox"/> 歩行器 ・ <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 自操 ・ <input type="checkbox"/> 介助 ) ※ 備考(一部介助の場合はどのような介助が必要か等)		
リスク	<input type="checkbox"/> 転倒 ・ <input type="checkbox"/> 転落 ・ <input type="checkbox"/> 誤嚥 ・ <input type="checkbox"/> その他( )		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> だいたい見える ・ <input type="checkbox"/> ほとんど見えない ・ <input type="checkbox"/> 全盲	メガネ	あり ・ なし
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる ・ <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	補聴器	あり ・ なし
言語	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 少し不自由 ・ <input type="checkbox"/> 不自由 ・ <input type="checkbox"/> なし	会話の方法	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> だいたい通じる ・ <input type="checkbox"/> あまり通じない ・ <input type="checkbox"/> 判断不能		
医療状況	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 ・ <input type="checkbox"/> 透析 ・ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 ・ <input type="checkbox"/> 褥創処置 ・ <input type="checkbox"/> 吸痰 ※ その他・備考(一部介助の場合はどのような介助が必要か等)		
認知症	・ 財布を取られた等、被害妄想が <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ときどきある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ 目の前にない物が見えたり、聞こえることが <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ときどきある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ 泣いたり笑ったり、怒ったり、感情が不安定なことが <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ときどきある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ 大声や奇声を出したりすることが (日中・夜間) <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ときどきある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ 暴言、暴行、介護に抵抗することが <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ときどきある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ 認知症の周辺症状による他者への影響 <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ときどきある ・ <input type="checkbox"/> ない 備考：		
特記	担当CM：	事業所/連絡先：	TEL：
			FAX：

# 入所手順説明書

特別養護老人ホームさくらの郷は、以下の手順・流れにより入所決定いたします。

入所申込書様式準備

### 《書式の準備方法》

- ・特別養護老人ホームさくらの郷の事務所に取りに来ていただく
- ・担当ケアマネージャー等に依頼
- ・慈徳会ホームページからダウンロード

入所申込書等の記入  
必要添付書類の準備

### 《記入時の注意事項》

- 1.入所申込書(様式1):ご家族記入
  - 2.入所調査票(様式2):担当ケアマネージャー等か、ご家族記入
  - 3.入所手順説明書(様式3):読んでいただき、下記にご家族サイン・捺印
  - 4.認定調査票(写)[介護認定審査会資料]  
・松阪市役所・高齢者支援課にて取り寄せ(松阪市の方)/担当CMに依頼
  - 5.介護保険被保険者証のコピーを添付
- ※注 1~5の全ての書類が揃わないと受付ができません

入所申し込み受付

### 《申し込み受付》

上記①~⑤を用意していただいたうえ、下記にて「申し込み受付」とさせていただきます。(要介護度、介護必要性、家族等介護者状況を点数化 ※下記点数表参照) 要介護3以上の方及び要介護1.2であり特列入所の要件を満たす方が対象です。

- ・直接、申込する施設にお持ちいただく
- ・郵送、ファックス

※注 特別な医療を必要とされる方は、お断りさせていただくことがございます  
例)インシュリン注射、透析、鼻注、24h点滴管理、吸痰頻度が多い(夜間に吸痰有) など

入所検討委員会の開催  
～入所決定までの期間

- ・申し込み受付から、直近の入所検討委員会(原則、月一回開催)にて概要、点数医療依存度等を確認・検討させていただきます
- ・☆下記点数表の①②③の合計が80点以上を満たしている方について、緊急性等を勘案し、より緊急性が高いと判断される方を優先入所者とします

①要介護度	点数	②在宅サービス率	点数	③介護状況	点数
5	40	6割以上	30	単身	30
4	40	4~6割未満	20	高齢者世帯	20
3	20	4割未満	10	介護者虚弱	10
2	10	在宅生活困難で 他施設入所中	20	介護者就業中	
1	5		複数の人を 介護している等		
認知症・知的・ 精神障がい等の 不適応行動あり (要介護1~3)	+10	※平成27年4月1日以降は、要介護3以上の方が対象となります。尚、要介護1,2の方に関しては、一定の要件を満たしており市町が認める場合に限り入所ができます。(特列入所)			

合計  
80点以上

入所検討委員会で検討

随時  
優先入所者  
実態調査

- ・申し込み受理後も、状況等を担当CM等との相互連絡により把握し、点数の見直しを行っていきます

※注 申し込み後に、「他の特養入所」、「死亡」、「入所の必要がなくなった」等あれば、「入所申し込み取り下げ書」(専用用紙あり)を記入し提出してください

◎ ご不明な点についての説明や、施設見学のご希望等ありましたら、ご遠慮なく連絡ください

入所決定～契約(入所)

- ・優先入所者(複数みえる場合あり)から、本人・家族の意向、施設運営状況、実態調査で得た情報等を勘案したうえで、合意があれば入所検討委員会(随時開催)にて、入所者を決定いたします
- ・入所日(契約日)は、本人・家族(必要あれば担当CM、利用サービス事業所等)と調整させていただき決定いたします

説明 確認 欄	<p>私は、次の事項について理解し承諾しました。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所申し込みから入所契約までの必要な手続き及び、入所にあたっての注意事項について</li> <li>・入所順位決定法について</li> <li>・入所順位見直しについて</li> </ul>
	氏名 <span style="float: right;">Ⓜ (続柄)</span>