

令和 年 月 日

書類送付について

この度は、『特別養護老人ホーム さくら野杜』へご入居のご希望頂きまして、ありがとうございます。

現在多くの皆様より入居の希望を頂いております。申し込み書類一式を提出して頂き、入居の順番をお待ち頂きます。

(入居判定委員会議を行い、身体状態・生活環境・介護状況等を確認し、緊急性の高い方から声をかけさせていただきます)

下記の申し込み書類一式をそろえて、ご返送下さい。

- ・介護老人福祉施設 さくら野杜 入居申込書 (同封書類) 1枚
- ・生活状況表 (同封書類) 2枚
- ・入居申し込みに伴う意見書 (同封書類) 1枚

【意見書は担当の介護支援専門員もしくはそれに代わる方に記載を依頼して下さい】

- ・介護保険証のコピー 1枚
- ・介護保険負担割合証のコピー 1枚
- ・介護保険負担限度額認定証のコピー 1枚

【介護保険負担限度額認定証はお持ちの方でなければ、提出は結構です】

- ・健康診断書等の身体状態のわかる物があればそのコピー

【診断書等は、わざわざ取る必要はありません。お手元があれば構いません】

《ご不明な点、ご見学の要望等ございましたら、下記までご連絡下さい》

社会福祉法人 七日会

特別養護老人ホーム さくら野杜

〒187-0002

東京都小平市花小金井3丁目25番21号

TEL 042-479-1216

担当 生活相談室 田口 ・菅野 ・石井

申込みで頂いた情報に関して、入居判断以外で使用する事はありません。

(社会福祉法人七日会 個人情報保護規程厳守)

小平市指定介護老人福祉施設等入所申込書兼調査書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな 申込書ご記入 の方のお名前		入所申込 者ご本人 との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡先 （ ）		ご記入者 以外の方 の連絡先	お名前 電話 （ ） （続柄）

ふりがな 入所申込者ご 本人のお名前		性別	男・女	生年月日	明 大 昭	年 月 日	満 歳
被保険者番号					保険者名	区・市・町・村	
住 所	〒 -			この申込書 についての 問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外のご家族・親族等 名前 電話 （ ）	（続柄）	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			認定有効 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 施設の名称 _____ 入所・入院開始日 年 月 日～ <input type="checkbox"/> その他（ ）						
同居の方につ いて	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる（ ）						
主に介護して いる方につい て （施設入所や 入院中の方は、 自宅に戻った 場合の状況に ついてご記入 ください。）	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる（ ） <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 ※当てはまるもの <input type="checkbox"/> 高齢（ 歳） すべてをチェック <input type="checkbox"/> 病弱（病名 _____ 通院治療 有・無） してください。 <input type="checkbox"/> 病気で入院中（ 年 月～ ） <input type="checkbox"/> 障害がある（障害の程度 種 級） <input type="checkbox"/> 働いている（パート・正社員） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中である（就学前） <input type="checkbox"/> 複数の方の介護をしている（ ） 上記以外で介護者の状況について ()						
介護を手伝う 方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）						
お住まいにつ いて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
介護する上で の住宅の問題 について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい 上記以外の住宅の問題について ()						

<p>ご本人の心身の状況について</p>	<p><u>疾病・障害について</u></p> <p>疾病について 病名 _____ 通院 (有・無) ・服薬 (有・無) 病名 _____ 通院 (有・無) ・服薬 (有・無) 病名 _____ 通院 (有・無) ・服薬 (有・無)</p> <p>障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/>ある 障害の内容 _____ 障害の程度 種 級 (度) <input type="checkbox"/>ない</p> <p><u>認知症等の問題行動について</u></p> <p><input type="checkbox"/>暴言暴行 <input type="checkbox"/>大声をだす <input type="checkbox"/>介護に抵抗 <input type="checkbox"/>常時の徘徊 <input type="checkbox"/>外出してもどれない <input type="checkbox"/>1人で外にでたがる <input type="checkbox"/>火の不始末 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>異食 <input type="checkbox"/>幻覚・妄想</p> <p>その他問題行動の状況について</p> <p>(_____)</p> <p><u>医療的措置について</u></p> <p><input type="checkbox"/>尿管カテーテル <input type="checkbox"/>ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/>酸素療法 <input type="checkbox"/>透析 <input type="checkbox"/>インシュリン注射 (回/日) <input type="checkbox"/>経管栄養 (経鼻・経腸・胃ろう) <input type="checkbox"/>その他</p> <p>(_____)</p> <p><u>その他心身の状況で留意すること</u></p> <p>(_____)</p>
<p>在宅サービスについて</p>	<p>在宅サービスは、 <input type="checkbox"/>利用している <input type="checkbox"/>利用していない 今後の利用は、 <input type="checkbox"/>今のままでよい <input type="checkbox"/>もっと増やしたい <input type="checkbox"/>サービスや使い方を変更したい (具体的な内容 _____)</p>
<p>ケアプランなどについて</p>	<p>ケアプランは、 <input type="checkbox"/>作っている <input type="checkbox"/>作っていない 担当の介護支援専門員 (ケアマネジャー) は、 <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない <u>介護支援専門員 (ケアマネジャー) 氏名</u> _____</p> <p>事業者名 _____ 電話 (_____) _____</p>
<p>他施設の申込みの状況について</p>	<p>市内施設 <input type="checkbox"/>やすらぎの園 <input type="checkbox"/>小川ホーム <input type="checkbox"/>まりも園 <input type="checkbox"/>多摩済生園 <input type="checkbox"/>小平健成苑 市外施設 <input type="checkbox"/>あゆみえん (青梅市) <input type="checkbox"/>塩船園 (青梅市) <input type="checkbox"/>青梅天使園 (青梅市) <input type="checkbox"/>羽村園 (羽村市) <input type="checkbox"/>神明園 (羽村市) <input type="checkbox"/>羽生の里 (日の出町) <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>その他特記すべきこと</p>	<p>_____</p>

<p>情報提供に関する同意確認欄</p>	<p>私は、入所申込施設が保険者から私の要介護認定一次判定資料の提供を受けることに同意します。 また、この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・担当ケアマネジャーへ情報提供することに同意します。</p> <p>指定介護老人福祉施設 _____ 施設長 様</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>氏名 (入所申込者ご本人) _____ 印 _____ (代筆者氏名 _____)</p>
----------------------	--

日常生活状況表 (裏面有)

社会福祉法人 七代会 さくら野社

入居希望者名	カナ	生 年 月 日
	様	明 昭 大 年 月 日生 (歳)
介護保険者		介護度 1 2 3 4 5
		認定期間 年 / ~ 年 /
住 所	〒 - 電話番号 () -	
現在の生活の場	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 病院名 入院日 年 月 日から <input type="checkbox"/> 施設 種類 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> グループホーム その他 () 施設名 入所日 年 月 日から	
	日 常 生 活	
移動状況	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 移動することがない <input type="checkbox"/> 部屋の中は歩いているがその他、車椅子。Ⓜ操作面はどうですか <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自分で操作 (移動) できる <input type="checkbox"/> 介助が必要) 車椅子からベット等の乗り移り動作 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分で行えるが見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部手伝う <input type="checkbox"/> 全介助	
	食 事	動作 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 声を掛ける/見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部手伝う <input type="checkbox"/> 全介助 調理方法 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (治療食名) (治療食が必要とされる病名) <input type="checkbox"/> 主食/副食も普通の調理 (やわらかめ含む) 主食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他 () 副食 <input type="checkbox"/> 一口サイズに切る <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ペースト 水分 <input type="checkbox"/> トロミをつけている。 経管栄養 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう (カロリー/日) 好きな食べ物 _____ 嫌いな食べ物 _____ 禁止食; アレルギー等 _____

日常生活状況表

社会福祉法人 七日会 さくら野杜

入浴	着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 指示、声かけが必要	<input type="checkbox"/> 一部手伝う		
		<input type="checkbox"/> 全介助				
	浴槽	<input type="checkbox"/> 普通（家風呂）	<input type="checkbox"/> チェア浴	<input type="checkbox"/> シャワーのみ		
		<input type="checkbox"/> 機械浴（寝たままで利用できる風呂）				
	洗身	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あやふや		
	便意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あやふや		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でやっている	<input type="checkbox"/> 時間で声を掛けている	<input type="checkbox"/> 全介助（オムツ）		
		<input type="checkbox"/> 昼トイレ夜オムツ				
	使っている用品等	<input type="checkbox"/> 失禁パンツ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> 尿取りパット	<input type="checkbox"/> オムツ	
	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 便器	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ			
	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> 人工肛門				
睡眠	睡眠状況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 時間で体位交換が必要	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転		
		<input type="checkbox"/> 睡眠障害あり（		）		
	寝具	<input type="checkbox"/> 床	<input type="checkbox"/> ベット	<input type="checkbox"/> エアーマット	<input type="checkbox"/> 耐圧分散マット	
コミュニケーション	視力障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		（原因；症状			）	
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		（原因；症状			）	
		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 大きな声で可能			
	<input type="checkbox"/> 聴力の低下で困難な状況	（ <input type="checkbox"/> 筆談可能 <input type="checkbox"/> 困難）				
	<input type="checkbox"/> 言語障害等により意思を伝えにくい。					
	<input type="checkbox"/> その都度は、理解できるがすぐに忘れてしまう。					
	<input type="checkbox"/> 声を出すことがない（ <input type="checkbox"/> 首ふり、うなづく等で意思確認が可能）					
	<input type="checkbox"/> その他（			）		
日課	起床	時	分ごろ	就寝	時	分ごろ
		<input type="checkbox"/> 寝たり起きたりの生活				
	趣味					
	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う	本 / 日		
飲酒	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	種類	量	/ 日	

介護老人福祉施設 さくら野杜 入居申込みに伴う意見書

フリガナ		介護保険 被保険者番号											
入居申込者氏名													
障害高齢者の日常生活自立度		J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2											
認知症高齢者の日常生活自立度		I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M											
ケアプラン について	在宅サービス利用率			%(支給限度額に対する利用割合)									
	利用しているサービス												
	サービス名			利用回数等									
サービスに対するご本人様、ご家族様の希望等													
ご本人の状況	1、身体の状況について(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況・注意点等)												
	2、認知症等について(認知症の症状 生活上の問題点、暴言暴力、注意点等)												
	3、疾患等について(医療器具の使用、看護を要する疾患対応等)												
その他 留意すべきこと	(ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと)												

記入者名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()		
事業所名		連絡先電話	