

書類送付について

この度は、『特別養護老人ホーム 青葉の杜』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 青葉の杜 入居申込書 (同封書類) 1 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
- ・医療保険証のコピー 1 枚
- ・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

【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】

【診断書等は、わざわざ取る必要はありません。お手元にあれば構いません】

《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 青葉の杜

〒189-0002

東京都東村山市青葉町2丁目26番地1号

TEL 042-390-3401

担 当 : 生 活 相 談 課

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)

東村山市内介護老人福祉施設 施設長 殿

次のとおり、介護老人福祉施設の入所を申し込みます。なお、私の入所に関する必要な情報について、保険者・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員との間で授受することに同意します。

1. 申込書記入者の情報

ふりがな		住所	〒
氏名			
入所希望者との関係		連絡先	

2. 入所希望者の基本情報

ふりがな			住所	〒	
氏名					
性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
保険者名	被保険者番号				
現在の居所	☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 他施設（施設の種類： ）				
	☐ その他（ ）				
	自宅以外の場合	病院・施設の名称			
		入院・入所開始日	年 月 日		
要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5				
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
この申込書の問い合わせ先	☐ 入所希望者 ☐ 申込書記入者 ☐ その他				
	連絡先				
	その他の場合	氏名		続柄	
		住所	〒		

3. 入所希望者の家族構成

家族構成	氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所 (別居の場合のみ記入)	主たる介護者 (該当に○)
				☐ 同 ☐ 別	〒	
				☐ 同 ☐ 別	〒	
				☐ 同 ☐ 別	〒	
				☐ 同 ☐ 別	〒	
				☐ 同 ☐ 別	〒	

4. 入所希望者を介護する主たる介護者の情報

主たる介護者の情報	☐ 病気がある	病名		通院治療	☐ 有 ☐ 無
	☐ 入院中である	入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	☐ 障害がある	障害の程度			
	☐ 病弱である	☐ 就労中である	☐ 介護を手伝う人がいない		
	☐ その他（ ）				

5. 入所希望者の住宅の情報

住宅の情報	☐ 自宅以外に住んでいる場合、戻る自宅がある		☐ 家屋の老朽化が著しい
	☐ エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる		☐ 自分の部屋がない
	☐ 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある		☐ 立ち退きを求められている
	☐ その他（ ）		

6. 入所希望者の身体機能等の情報

身体機能及び生活機能等の情報	身体	身長	cm	体重	kg
	歩行	☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない			
	入浴	☐ 介助されていない ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない			
	視力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ ほとんど見えない ☐ 全く見えない			
	聴力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ ほとんど聞こえない ☐ 全く聞こえない			
	食事摂取	☐ 介助されていない ☐ 見守りが必要 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	排尿	☐ 介助されていない ☐ 見守りが必要 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	排便	☐ 介助されていない ☐ 見守りが必要 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	着脱衣	☐ 介助されていない ☐ 見守りが必要 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	意思伝達	☐ できる ☐ ときどきできる ☐ ほとんどできない ☐ できない			

7. 認知症の行動等の状況

認知症の行動及び心理症状	☐ あり ☐ なし	
	ある場合	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()

8. 入所希望者の医療の情報

現在の病名		発症時期	年	月
		発症時期	年	月
		発症時期	年	月
既往病名		治癒時期	年	月
		治癒時期	年	月
		治癒時期	年	月

9. 入所希望者への特別な医療

特別な医療	☐ 受けている ☐ 受けていない
受けている場合の処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマ(人工肛門)の処置 ☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター(人工呼吸器) ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養 ☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置 ☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等) ☐ 血糖値測定・インスリン注射

10. 在宅サービスの利用状況等

ケアプランの作成	☐ あり ☐ なし			
	ありの場合	介護支援専門員の氏名		
		介護支援専門員のいる事業所名		
利用している在宅サービスの直近1ヶ月の利用回数等	サービス種別	回数等	サービス種別	回数等
	訪問介護・訪問型サービス	回	福祉用具貸与	品目
	訪問入浴介護	回	特定福祉用具購入	品目
	訪問看護	回	住宅改修	回
	訪問リハビリテーション	回	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	回
	居宅療養管理指導	回	夜間対応型訪問介護	日
	通所介護・通所型サービス	回	地域密着型通所介護	日
	通所リハビリテーション	回	認知症対応型通所介護	日
	短期入所生活介護	日	小規模多機能型居宅介護	日
	短期入所療養介護	日	看護小規模多機能型居宅介護	日
	特定施設入居者生活介護	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	日

11. その他特記事項

その他特記すべき事項がある場合は記入してください	
--------------------------	--

記入日 年 月 日

1. 意見書記入者の情報

氏名			事業所名		
事業所区分	☐ 居宅介護支援事業所		☐ 介護老人保健施設	☐ 介護医療院	
	☐ 地域包括支援センター		☐ その他 ()		
職種			連絡先		

2. 入所希望者の基本情報

ふりがな			住所	〒							
氏名											
保険者名			被保険者番号								
要介護度	☐ 要介護 1		☐ 要介護 2	☐ 要介護 3	☐ 要介護 4	☐ 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	☐ 自宅		☐ 病院		☐ 他施設 (施設の種類 :				)		
	☐ その他 (				)						
	自宅以外の場合	病院・施設の名称									
			入院・入所開始日		年 月 日						
現施設等の入院・入所の継続が困難な理由											

3. 入所希望者を介護する主たる介護者の情報

主たる介護者の情報	氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所 (別居の場合のみ記入)				
				☐ 同 ☐ 別	〒				
	☐ 病気がある	病名				通院治療	☐ 有	☐ 無	
	☐ 入院中である	入院期間	年 月 日 から			年 月 日 まで			
	☐ 障害がある	障害の程度							
	☐ 病弱である	☐ 就労中である	☐ 介護を手伝う人がいない						
	☐ その他 (	)							

4. 入所希望者の住宅の情報

住宅の情報	☐ 自宅以外に住んでいる場合、戻る自宅がある		☐ 家屋の老朽化が著しい	
	☐ エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる		☐ 自分の部屋がない	
	☐ 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある		☐ 立ち退きを求められている	
	☐ その他 ()			

5. 入所希望者の身体機能等の情報

身体機能及び生活機能等の情報	身体	身長	cm		体重	kg	
	歩行	☐ つかまららないでできる		☐ 何かにつかまればできる	☐ できない		
	入浴	☐ 介助されていない		☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 行っていない	
	視力	☐ 普通		☐ やや悪い	☐ ほとんど見えない	☐ 全く見えない	
	聴力	☐ 普通		☐ やや悪い	☐ ほとんど聞こえない	☐ 全く聞こえない	
	食事摂取	☐ 介助されていない		☐ 見守りが必要	☐ 一部介助	☐ 全介助	
	排尿	☐ 介助されていない		☐ 見守りが必要	☐ 一部介助	☐ 全介助	
	排便	☐ 介助されていない		☐ 見守りが必要	☐ 一部介助	☐ 全介助	
	着脱衣	☐ 介助されていない		☐ 見守りが必要	☐ 一部介助	☐ 全介助	
	意思伝達	☐ できる		☐ ときどきできる	☐ ほとんどできない	☐ できない	

6. 認知症の行動等の状況

障害高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J 1 ☐ J 2			認知症高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II a		
	☐ A 1 ☐ A 2 ☐ B 1				☐ II b ☐ III a ☐ III b		
	☐ B 2 ☐ C 1 ☐ C 2				☐ IV ☐ M		
認知症の行動 及び心理症状	☐ あり ☐ なし						
	ある場合	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行					
		☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為					
		☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動					
		☐ その他（ ）					

7. 入所希望者の医療の情報

現在の病名		発症時期	年 月
		発症時期	年 月
		発症時期	年 月
既往病名		治癒時期	年 月
		治癒時期	年 月
		治癒時期	年 月

8. 入所希望者への特別な医療

特別な医療	☐ 受けている ☐ 受けていない
受けている場合の 処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマ(人工肛門)の処置
	☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター(人工呼吸器) ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護
	☐ 経管栄養 ☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置
	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)
	☐ 血糖値測定・インスリン注射

9. 在宅サービスの利用状況等

ケアプランの作成	☐ あり ☐ なし	直近 1 ヶ月の在宅サービスの利用率		
利用している在宅サービスの直近 1 ヶ月の利用回数等	サービス種別	回数等	サービス種別	回数等
	訪問介護・訪問型サービス	回	福祉用具貸与	品目
	訪問入浴介護	回	特定福祉用具購入	品目
	訪問看護	回	住宅改修	回
	訪問リハビリテーション	回	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	回
	居宅療養管理指導	回	夜間対応型訪問介護	日
	通所介護・通所型サービス	回	地域密着型通所介護	日
	通所リハビリテーション	回	認知症対応型通所介護	日
	短期入所生活介護	日	小規模多機能型居宅介護	日
	短期入所療養介護	日	看護小規模多機能型居宅介護	日
	特定施設入居者生活介護	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	日

10. その他特記事項

その他特記すべき事項がある場合は記入してください	
---------------------------------	--