

至誠特別養護老人ホーム入所申込みにあたって

時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

この度、お問い合わせのございました至誠特別養護老人ホームへの入所につきまして「入所申込書」「入所申込み調査書」に必要事項をご記入の上、ご返送くださいますようお願い申し上げます。

また、たいへんお手数だとは存じますが、「入所申込みに伴う意見書」につきましては、担当のケアマネージャーさん、あるいは入院、入所先の相談員さん等に、ご記入して頂き、3枚組で担当までご返送下さるようお願い申し上げます。

さて、以上のお願いをさせていただくのは、ホームに入所申込みをされている方々の状況について把握しておきたいとの考えからです。入所して頂くお部屋やフロアは、入所する方の性別、心身の状況について一定の制約があります。このため、その方にふさわしいお部屋に入っていただくため、ご提出下さった資料を参考にさせて頂きたいと考えたからです。記入にあたり、医療状況等につきましては、記入して下さる方の分かる範囲で結構です。当ホーム宛の物でなくとも、参考になるようなものがございましたら写し等添付していただくと幸いです。

また、お伺いしている情報につきましては、第三者に漏れる事のない様に厳守致します。申し込みや記入につきまして、確認したい事がございましたら遠慮なく下記までお問い合わせ下さい。

今後の皆様方の益々のご健康を祈念致します。

返送・問い合わせ先

〒190-0022

立川市錦町6-28-15

至誠特別養護老人ホーム

生活支援室 担当 吉住・小澤・小野

(TEL) 代表042-527-0031

(TEL) 直通042-527-0032

(FAX) 042-527-0061

至誠特別養護老人ホーム入所申込書
 該当する番号に○印を

記入例

ふりがな	入所申込者ご本人との関係	配偶者、子供() その他()	別居	電話
申込書、ご記入の方の氏名と住所、電話番号	〒			
ふりがな	性別	生年月日	満年齢	
入所申込者ご本人のお名前	男 女	明治 大正 昭和 年 月 日		
住所	〒			
介護保険被保険者番号	この申込書の問い合わせ先		氏名	電話
要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
同居の方について	1. ひとり暮らし 2. ご夫婦のみ(相手の年齢 歳) 3. ご夫婦以外に同居者がいる			
主に介護している方について	介護する方は、1. いる 2. いない 主に介護している方 1. 健康 2. 病弱 3. 病気で治療中 4. 障害がある 主に介護している方 1. 働いている 2. 働いていない			
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、1. いる 2. いない 手伝う方がいる場合、その方は、1. 親族 2. 近所の方 3. その他()			
お住まいについて	今のお住まいは、1. 自宅 2. 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が 1. ある 2. ない 1. 立ち退きを求められている 2. 家屋の老朽化が著しい			
介護する上でのご住宅の問題について	1. エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる } 2. 自分の部屋がない 3. 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある } 食事… 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 排泄… 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 歩行… 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 認知症の周辺症状… 1. あり 2. なし 1. 徘徊 2. 暴行行為 3. 不潔行為 4. 異食 5. 大声や奇声 } 6. その他の行為(具体的に) } 7. 医療器具を使っている(具体的に) } 8. 病気がある(病名) }			
その他あてはまるもの	【入所申込みにあたり、ご意見を】			

病院や施設に一時的に入院、入所されている方は、ご自宅に戻られた場合を想定して記入ください

介護保険を利用したヘルパーは含みません

家で介護されている人は 1、病院、施設にいらっしゃる方は 2、を選択して下さい(軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム等で住所を移されて施設入所されている場合は1となります。)

介護上支障がある状態等選択肢以外にもあれば空欄に記入してください

インスリン注射・酸素・経管栄養 吸引等具体的な対応があれば記入ください

現在、受けている介護や治療の様子について

現在、いらつしやる所は、 1. 病院 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設
 4. 養護老人ホーム 5. 軽費老人ホーム 6. ケアハウス
 7. 有料老人ホーム 8. グループホーム 9. その他()
 施設の名称と所在地
 電話 入院・入所開始日
 ケアプランは、 1. 作っている 2. 作っていない
 相談できる介護支援専門員(ケアマネージャー)は、 1. いる 2. いない
 介護支援専門員の氏名
 事業所名と電話番号
 在宅サービスは、 1. 使っている 2. 使っていない
 今後の利用は、 1. 今のままでよい 2. もっと増やしたい
 サービスや使い方を改善したい(具体的に)

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を
 保険者(市役所)、地域包括支援センター、指定するケアマネージャーに提供することを同意します。

至誠特別養護老人ホーム 施設長 鈴木 篤 殿

年 月 日 氏名 印

申込書を記入した方の署名、捺印をお願いします。

至誠特別養護老人ホーム入所申込書

該当する番号に○印を

ふりがな		入所申込者ご本人との関係	配偶者、子供() その他() 同居、別居
申込書、ご記入の方の氏名と住所、電話番号	〒 _____ 電話 _____		
ふりがな	性別	生年月日	満年齢
入所申込者ご本人のお名前	男 女	明治 大正 昭和 年 月 日	
住所	〒 _____ 電話 _____		
介護保険被保険者番号	この申込書の問い合わせ先	氏名 電話	
要介護度	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5		
同居の方について	1. ひとり暮らし 2. ご夫婦のみ(相手の年齢 歳) 3. ご夫婦以外に同居者がいる		
主に介護している方について	介護する方は、 1. いる 2. いない 主に介護している方 1. 健康 2. 病弱 3. 病気で治療中 4. 障害がある 主に介護している方 1. 働いている 2. 働いていない		
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、 1. いる 2. いない 手伝う方がいる場合、その方は、 1. 親族 2. 近所の方 3. その他()		
お住まいについて	今のお住まいは、 1. 自宅 2. 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が 1. ある 2. ない 1. 立ち退きを求められている 2. 家屋の老朽化が著しい		
介護する上で住宅の問題について	1. エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる 2. 自分の部屋がない 3. 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある		
その他あてはまるもの	食事… 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 排泄… 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 歩行… 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 認知症の周辺症状… 1. あり 2. なし		
	1. 徘徊 2. 暴力行為 3. 不潔行為 4. 異食 5. 大声や奇声		
	6. その他の行為(具体的に _____)		
	7. 医療器具を使っている(具体的に _____)		
	8. 病気がある(病名 _____)		
【入所申込みにあたり、ご意見を】			

現在、受けている介護や治療の様子について

ご自宅以外での介護や治療(居室の方は未記入)	現在、いらっしゃる所は、 1. 病院 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設		
	4. 養護老人ホーム 5. 軽費老人ホーム 6. ケアハウス		
	7. 有料老人ホーム 8. グループホーム 9. その他(_____)		
	施設の名称と所在地 電話 _____ 入院・入所開始日 _____		
ケアプランについて	ケアプランは、 1. 作っている 2. 作っていない		
	相談できる介護支援専門員(ケアマネージャー)は、 1. いる 2. いない		
	介護支援専門員の氏名 _____ 事業所名と電話番号 _____		
在宅サービスについて	在宅サービスは、 1. 使っている 2. 使っていない		
	今後の利用は、 1. 今のままでよい 2. もっと増やしたい		
	サービスや使い方を改善したい(具合的に _____)		

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者(市役所)、地域包括支援センター、指定するケアマネージャーに提供することを同意します。

至誠特別養護老人ホーム

施設長 鈴木 篤 殿

年 月 日 氏名

印

受付日 年 月 日

至誠特別養護老人ホーム入所申し込み調査票

介護保険証

介護度	保険者	認定日	有効期限
	市区 町村	年 月 日	年 月 日

身障手帳の有無

種 級	障害名

年金等

年金の種類	年額（概算）

医療保険等

後期高齢	国保（本人・家族）	社保（本人・家族）	生保
------	-----------	-----------	----

入所希望理由

--

家族等連絡先

連絡 順位	氏名	続柄	住 所	電話 携帯	連絡のとりやすい 時間帯・連絡先

受付者 印

至誠特別養護老人ホーム入所申込みに伴う意見書

ふりがな		介護保険被保険者番号		
入居申込者の氏名と住所、電話番号		生年月日	明治 大正 昭和	
			年 月 日	
	〒		電話	
ケアプランについて	在宅サービスの利用率	%(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	利用回数など		
		サービスに対するご本人またはご家族の希望など		
ご本人の状況	1. 身体の状況について(麻痺や萎縮など、介護を要する身体状況)			
	身長	cm	体重 kg	
	2. 認知症等について(介護や見守りを要する認知症の症状)			
その他留意すべきこと	3. 疾患等について(特に注意を要するものや医療器具の使用など介護や看護を要する疾患)			
	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			
記入者氏名		職種	1.介護支援専門員 2. その他()	
事業所区分	1. 居宅介護支援事業者 2. 地域包括支援センター 3. その他()			
事業所名		電話番号		