

入 所 申 込 み 案 内

当施設は介護保険法による指定介護老人福祉施設ですので、
市町村の要介護認定3～5を受けた方がご利用いただけます。

※要介護1と2の認定の方は、原則入所は出来ませんが、特例の条件を満たすことにより入所が可能です。
(特例条件についてはご確認ください)

入所申込みについて

以下の書類をご提出してください。

- (1) 『入所申込書』(様式1～3) : 書き方の分からない箇所は、当施設の生活相談員かケアマネにご相談ください。
- (2) 『介護保険被保険者証(コピー)』、『介護保険負担割合証(コピー)』、『介護保険負担限度額認定証(コピー)』
※『介護保険負担限度額認定証』は、減免要件を満たし申請後に発行されている方。
- (3) 直近3ヶ月の『サービス利用票及び利用票別表(コピー)』
※サービスを利用していない方は不要です。
- (4) 『介護保険認定調査票と主治医意見書(コピー)』または(別紙A)の『本人の健康状態』、別紙Bの『認知症による周辺症状』をご提出してください。
※介護保険認定調査票は、市町村の介護保険課が発行しますが、本人以外の方が窓口に行かれた場合は、情報開示に必要な別紙添付書類がある場合があるため、あらかじめ市町村にお問い合わせください。発行が難しい場合は、別紙AとBをご提出ください。
- (5) 『本人の介護状態等(別紙C)』
- (6) 『入所申込個人情報使用同意書(別紙D)』
※受付された書類は、入所検討委員会で総合的に検討し、待機者名簿に登録され、入所基準のポイントが高い方から入所していただきます。

入所基準について

施設サービスを受ける必要性が高いと認められる方から順に入所していただきます。必要性が高いと判断されるポイントは以下の内容です。

- (1) 対象者の介護の必要の程度及び心身の特性
- (2) 介護者の状況
- (3) 在宅介護の状況(介護保険の在宅サービス利用状況)
- (4) 対象者の住所地

また、入所希望者の年齢や認知症に対する施設の受け入れ体制、医療行為を必要とする場合における施設の受け入れ体制、その他特別な事情や緊急性も考慮し、入所順位を調整します。

利用料について

1. 施設サービス費(介護保険法に定められた要介護度別の給付額の1割及び2割、3割)
2. 食事代及び居住費(光熱水費)
3. その他(日用品費、理美容代、クラブ参加費等は、実費を頂きます)

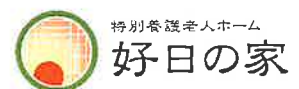
入所申込み取り下げについて

何らかの事情で、申込みを取り下げる場合は、『(別紙の)入所申込取り下げ書』をご持参またはご郵送ください

社会福祉法人 久壽会

特別養護老人ホーム 好日の家

〒350-0238 埼玉県坂戸市浅羽 1130-1 TEL : 049-298-3633 Fax : 049-298-3643



特別養護老人ホーム 好日の家 入所申込書



特別養護老人ホーム
好日の家

申込者	〒		
住所			
(ふりがな)		本人との続柄	
氏名			
電話番号			

好日の家 施設長

特別養護老人ホーム好日の家に入所したいので、次の通り申し込みます。

本人の状況	(ふりがな)			性別	介護保険者	(区・市・町・村)	
	氏名			男	被保険者番号		
	生年月日	年	月	日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住所	〒		介護認定	令和 年 月 日から		
				期間	令和 年 月 日まで		
	世帯状況	1, 独居 2, 65歳以上の高齢者世帯 3, 子供、親族等との同居 4, そのほか					
	認知症等による周辺症状の有無	1, 非常に多い 2, やや多い 3, 少しあり 4, なし					
	現在利用している在宅サービスの状況	1, 訪問介護 2, 訪問入浴介護 3, 訪問看護 4, 訪問リハビリ 5, 通所介護 6, 通所リハビリ 7, 短期入所生活介護 8, 短期入所療養介護 9, 福祉用具貸与・購入費の支給 10, その他 ()					
	直近3ヶ月の在宅サービスの利用割合の状況	限度基準単位の %			<input type="checkbox"/> 1年以上利用している		
	居宅介護支援事業所	事業所名			介護支援専門員		
入所を希望する理由 (該当するものすべてに○をつけて下さい)	1, 介護者がいないため(本人は単身生活者)						
	2, 介護者がいるが高齢のため十分な介護が困難なため (介護者の年齢が、a.70歳以上 b.60歳代 c.60歳未満)						
	3, 介護者がいるが障害や病気の状況である (該当する方は以下のa.b.c.のいずれかに○をつけてください) a.介護が困難である b.多少なら可能である c.介護できる ※○をつけた方は介護者の障害・疾病内容をご記入してください。 ()						
	4, 介護者がいるが育児または家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため (該当する方は以下のa.b.c.のいずれかに○をつけて下さい) (a.常時の育児または看病が必要である) (b.半日ほどの育児または看病が必要である) (c.時々、育児または看病が必要である) ※○をつけた方は育児の状況・家族の病気の内容をご記入してください。 ()						

本人の状況	入所を希望する理由 (該当するものすべてに ○をつけて下さい)	5, 介護者が複数介護をしている。 (a.介護困難である b.多少なら可能である c.介護はできる) ※○をつけた方は誰の介護をどこで、どの程度行っていますか () 6, 介護者が就労しているため介護困難 7, その他 ()			
	在宅で介護された期間	① 1年未満 ② 1年以上 ③ 2年以上 ④ 3年以上			
	既往歴・現病歴 (例：平成〇〇年脳梗塞 等)	[既往歴] [現病歴]			
介護者の状況	主たる介護者 ① 有 ② 無	①の場合	(ふりがな)	性別	本人との関係
		氏名		男 ・ 女	
		生年月日	年 月 日	(歳)	
		同居・別居 の区分	1, 同居 2, 別居 (住所、連絡先：)		
	介護者の 就労状況	a, 1日8時間以上 (常勤) b, 4時間以上8時間未満 (非常勤) c, 4時間未満 (非常勤) d, 高齢のため就労不能 e, 就労していない			
	従たる介護者 ① 有 ② 無	①の場合	(ふりがな)	性別	本人との関係
		氏名		男 ・ 女	
		生年月日	年 月 日	(歳)	
同居・別居 の区分		1, 同居 2, 別居 (住所、連絡先：)			
介護の可能性	a, 1日8時間以上 (常勤) b, 4時間以上8時間未満 (非常勤) c, 4時間未満 (非常勤) d, 高齢のため就労不能 e, 就労していない				
その他	入所を希望する時期	1, 今すぐ入所したい 2, 年 月頃までに、あるいは 以降に 入所したい			
	申し込み状況	1, 当施設のみ申込 2, 他の施設に申し込みしている 所在地： (区・市・町・村) 施設名：			
説明確認	私は、この度、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 (説明者氏名) : _____ 年 月 日 (氏名) : _____				

(別紙 A)

本人の健康状態

※黄色の部分以外は『介護保険認定調査票・主治医意見書コピー』があれば記入の必要はありません。

(該当するものを○で囲んでください)

(ふりがな)		性別	男	生年月日	年	月	日
氏名			女				
麻痺等の有無	①ない ②左上肢 ③右上肢 ④左下肢 ⑤右下肢 ⑥その他 ()						
不自由な関節	①ない ②肩関節 ③肘関節 ④股関節 ⑤膝関節 ⑥足関節 ⑥その他 ()						
寝返り	①つかまらないでできる ②何かにつかまればできる ③できない						
起き上がり	①つかまらないでできる ②何かにつかまればできる ③できない						
座位保持	①できる ②自分の手で支えればできる ③支えてもらえればできる ④できない						
移動手段	①独歩(杖:有 無) ②手引き ③伝い歩き ④不可(車椅子・ストレッチャー) ⑤装具(有 無)						
移乗する行為	①自立 ②一部介助 ③全介助(例えばベッドから車椅子に移る)						
移動する行為	①自立 ②一部介助 ③全介助(例えばトイレやリビング等に移動する)						
立ち上がり	①つかまらないでできる ②何かにつかまればできる ③できない						
入浴の種類	①一般浴 ②中間浴(アビット浴・チェアイン浴) ③機械浴(ストレッチャー浴)						
洗身洗髪のコラボ	①自立 ②一部介助(手の届かない場所の介助程度) ③全介助						
褥瘡の有無	①なし ②あり(部位: 大きさ: 深さ: 処置:)						
食事摂取	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全介助 (エプロン:有 無) (自助具:有 無)						
食事形態	【主食】常食・軟飯・全粥・ムース粥【副食】常食・軟食・キミトミ・ペースト・経管栄養 (
飲み込み	①できる ②見守りが必要 ③できない (ムセ:有 無) (トロミ:無 有(強さ:))						
療養食の有無	①なし ②あり(種類: 食塩分: カリ: その他:)						
排泄アイテム	①布パンツ ②リハビリパンツ(パットの有 無) ③テープ式オムツ [夜間は?] 日中と同じ・(他) ① ② ③						
排尿	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全介助(膀胱留置カテーテル:無 あり(Fr)) (尿管皮膚瘻・禁制型ストーマ・膀胱瘻)						
排便	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全介助(人工肛門:有 無)						
排便周期、下剤種類	①毎日ある ②2日に1回 ③3日に1回 ④4日以上(便秘時対応:)						
口腔ケア	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全介助 (義歯使用:部分義歯④・⑤、全顎) (自歯:有 無)						
洗顔	①自立 ②一部介助 ③全介助 (温タオルの使用:有 無)						
整容	①自立 ②一部介助 ③全介助 (セッティングすれば:可 不可)						
夜間睡眠状態	①良眠 ②時々不眠 ③不眠 (昼夜逆転:有 無)						
眠剤の服用状況	①なし ②あり(薬剤:)						
意思の伝達	①できる ②ときどきできる ③ほとんどできない ④まったくできない						
指示の反応	①介護者の指示が通じる ②ときどき通じる ③まったく通じない						
視力・聴力	【視力】①普通 ②見えにくい ③見えない【聴力】①普通 ②大きな声で ③聞こえない						
コロナワクチン接種状況	(1回目) (2回目) (3回目) (4回目) ・ 未接種						
1ヶ月以内に受けた医療の内容(例:点滴、経管栄養、酸素療法、透析、褥瘡処置、人工肛門等の医療処置)							

(別紙B)

認知症等による周辺症状の有無

※『介護保険認定調査票コピー』があれば記入の必要はありません(状態変化があれば記入して下さい)

本人氏名 _____

以下の項目で(有)に○を付けた際は頻度と具体的な内容を【】内にご記入してください。

※具体的な内容について記入しきれない場合は余白にご記入ください。

- | | |
|-------------------------------------|---------|
| 1, 物を盗られたとかお金を盗まれたとか被害的になる事がありますか。 | 1, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 2, 自分の都合のよいように作話をしたり、事実ではない話をしますか。 | 2, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 3, 泣いたり怒ったり等の不安定や暴力的になることがありますか。 | 3, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 4, 昼夜逆転して困ったことがありますか。 | 4, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 5, 同じ話をして周囲が困ることがありますか。 | 5, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 6, 大声を出したり、暴言で周囲に迷惑を掛けることがありますか。 | 6, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 7, 助言や介護に抵抗する行為はありますか。 | 7, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 8, 目的もなく動き回ることがありますか。 | 8, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 9, 『家に帰る』等を言い、落ち着かなくなることがありますか。 | 9, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 10, 外出して元の場所に戻れない事がありますか。 | 10, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 11, 一人で出たがって目が離せない事がありますか。 | 11, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 12, 必要ない物を収集する癖があって困っていませんか。 | 12, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 13, 物や衣類を壊したり破いたりして困ることはありませんか。 | 13, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 14, 便をいじったり尿を撒き散らすなどの行為はありますか。 | 14, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 15, 食べられないものを口に入れる行為はありますか。 | 15, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 16, ひどい物忘れで周囲に迷惑になることがありますか。 | 16, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |
| 17, 意味もなく独り言や独り笑いをすることはありますか。 | 17, 有・無 |
| 【①毎日 ②週に1～2回 ③月に1～2回 具体的な内容: _____】 | |

(別紙 C)

本人の介護状況等

1, ご本人は現在、どこで、どのような生活をしていますか。(例：〇〇市〇〇病院、〇〇市の長男宅)

2, 現在、誰がどのような介護を行っていますか。

3, 今まで入所したことのある施設があったら、○で囲んでください。

- ①介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) ②介護老人保健施設 ③介護療養型医療施設
④グループホーム ⑤養護老人ホーム ⑥軽費老人ホーム ⑦ケアハウス ⑧その他()

4, 現在、どのような事で困っていますか。自宅に戻れない理由、自宅で生活するうえで支障になる状況。

5, ご本人の今までの歴史をご記入ください。(生まれた場所、兄弟、お仕事、結婚歴等)

6, ご家族(配偶者、兄弟姉妹、子)の構成

氏名	続柄	年齢	住居地	同居・別居の別	生存は○、死別は×
	本人				○
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	

7, 上記の別居しているご家族が介護出来ない理由、関わる事が難しい理由

8, 入所後のご家族の希望やご本人希望、生活に対する意向をご記入ください。

(別紙D)

入所申込 個人情報使用同意書

私（入所希望本人）、及びその家族の個人情報については、以下に記載する範囲内で使用することに同意します。

記

1、使用する目的

特別養護老人ホーム好日の家の優先入所検討に関わる会議の資料として使用する。

なお、同会議は入所の必要性が高いと認められる入所申込者の入所順位を決定するための審査機関。

2、使用する範囲

優先入所検討に関わる会議

3、使用する期間

入所申込から入所申込非該当になるまでの期間

4、条件

- 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと。

以上

社会福祉法人久壽会

特別養護老人ホーム好日の家 御中

令和 年 月 日

〈入所希望本人〉

住所

氏名

印

〈家族代表〉

住所

氏名

印

入所希望本人は、身体的不自由などにより署名が出来ないため、入所希望本人の意思を確認のうえ私が代筆しました。

〈署名代筆者〉

住所

氏名

印

特別養護老人ホーム 入所申込取り下げ書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム
好日の家 施設長 様

〈申込者〉

住所：

氏名：

私は、先に提出した『特別養護老人ホーム入所申込書』を下記の通り取り下げます。

記

1, 申込日

令和 年 月 日

2, 入所希望者

住所：

氏名：

3, 取り下げる理由

以上



特別養護老人ホーム
好日の家