

入所申し込みにあたって

1 申し込みについて

特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)の入所申し込みにあたっては「東京都の特別養護老人ホームにおける優先入所に関するガイドライン」により、下記の書式で行うことと定められております。

つきましてはお手数をおかけ致しますがご記入の上、郵送、またはお届け頂けますようお願い申し上げます。

※ 「東京都の特別養護老人ホームにおける優先入所に関するガイドライン」

平成14年7月1日厚生労働省社会保障審議会答申に基づき、特別養護老人ホームの施設サービスを、利用ニーズの緊急度の高い方から優先的に提供することを目的に、平成15年2月28日に東京都が策定したガイドライン。

★ 申し込み書式について

1 「入所申込書」

申し込まれる方がご記入下さい。ご本人がご記入できない場合には、ご家族など代理の方でも結構です。上記ガイドラインに基づいて受入順位を検討させて頂くこととなりますので、記入欄には漏れなくご記入下さい。

2 「介護老人福祉施設入所申し込みに伴う意見書」

ご本人担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)の方にご記入頂くこととなっております。長期の入院・その他により担当介護支援専門員(ケアマネジャー)がいない場合は、当方までお問い合わせ下さい。

3 「介護保険被保険者証」の写し(コピー)

1～3面までを広げてA4サイズでコピーして下さい。

※原則、要介護度3以上の方が入所の対象となります。要介護度1、もしくは2の方につきましても特列入所が認められる場合がありますので、申込前に各保険者へお問い合わせください。

★ 問い合わせ・送付先

社会福祉法人 誠愛会
特別養護老人ホーム シルバーハイツ谷保
生活相談員

〒186-0011 東京都国立市谷保6丁目17番地の37

TEL 042-574-5211

FAX 042-574-5217

介護老人福祉施設入所申込書兼調査書

あてはまる項目の□にチェックしてください

ふりがな		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()
申込書ご記入の方のお名前			
ふりがな		被保険者番号	
入所申込者ご本人のお名前		性 <input type="checkbox"/> 男 別 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 明大昭 年 月 日 歳
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() TEL
要介護度	1・2・3・4・5	認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
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(相手方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる(関係)		
主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 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 <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"/> その他の方()		
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 <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		
介護する上での住宅問題について	エレベーターがない集合住宅の2階以上に住んで <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 自分の部屋が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 自分の部屋には無く別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> その他(具体的に)		
その他該当すること	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的に) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的に) <input type="checkbox"/> 病気がある(病名)		

※現在受けておられる介護や治療のようす

ご自宅以外での介護や治療	現在おられるのは <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"/> 経費老人ホーム <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"/> その他() ※ 施設名 _____ ※ 入所・入院開始日 _____ 年 月 日～
ケアプランなどについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できるケアマネジャーは <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ケアマネジャーの氏名 _____ 事業所名 _____ TEL - -
在宅サービスについて	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"/> 今のままで良い <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスの利用を改善したい 具体的に()

シルバーハイツ谷保 施設長 殿

私は、入所申込み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・在宅介護支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意致します。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

シルバーハイツ谷保専用調査書

1. ご家族等連絡先

連絡先 ①	ふりがな		性別	入所希望者との続柄()
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	住所	〒		TEL — — 携帯 — —
連絡先 ②	ふりがな		性別	入所希望者との続柄()
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	住所	〒		TEL — — 携帯 — —
申請理由	<input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 同居者がいても介護出来ない <input type="checkbox"/> 家族問題 <input type="checkbox"/> 住宅問題 <input type="checkbox"/> 経済問題 <input type="checkbox"/> その他 出来るだけ詳しくお書き下さい			

2. 入所申込者の状況

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> ご家族同居(続柄))			
	<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"/> その他()			
	現在入院・入所施設名 _____ 住所 〒 _____ TEL — —			
収入状況	年金の種類 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金(遺族) <input type="checkbox"/> 厚生年金基金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 国民年金基金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 共済年金(遺族) <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 年金額(年額) _____ 円 その他の収入 _____ 円			
身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有(種 級) 障害名() <input type="checkbox"/> 無				
愛の手帳 <input type="checkbox"/> 有(度) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

3. 入所申込者の身体・精神の状況(施設・病院へ入所・入院中の方は、現在の様子)

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> メガネ使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> ほとんど喋れない			
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 車椅子の場合 <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 形態 主食⇒ <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動 副食⇒ <input type="checkbox"/> 常采 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極細 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> その他()			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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()			
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
意思	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難しい <input type="checkbox"/> 難しい	物忘れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 常にあり	
理解力	<input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> 日常の簡単な内容は理解できる <input type="checkbox"/> ほとんど理解できず <input type="checkbox"/> 声掛けに反応できない			
生活上支障となる行動	<input type="checkbox"/> 落ち着きなく動き回る <input type="checkbox"/> 外に出てしまうことが度々ある <input type="checkbox"/> 介護への著しい抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力や暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> その他の行為()			

介護支援専門員意見書

平成 年 月 日

フリガナ		被保険者									
入所申込者氏名		番号									
ケアプランについて	在宅サービス利用率	%(直近1ヶ月の給付限度額に対する利用割合)									
	利用しているサービス(直近1ヶ月の利用状況)										
	サービス名	利用回数等									
	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(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)										
	2 認知症等について(介護や見守りを要する身体状況)										
	3 疾患等について(特に注意を要すること、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など)										
ご家族の状況	※ご家族の状況で留意すべきこと										
その他の留意すべきこと	※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										

記入者氏名		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"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他()										
事業所名		連絡先電話	— —								