

「特別養護老人ホームかるが」の入所申込みについて

社会福祉法人かるが会

皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
この度は、「特別養護老人ホームかるが」への入所のお問い合わせをいただき、誠にありがとうございました。

さて、入所申込みにつきまして、同封しております書類に必要事項をご記入の上、かるが会へご提出ください。

- 1 受付 随時
- 2 受付方法 必要な書類を、かるが会へ郵送していただくか、直接かるが会事務所へお持ちください。
(受付時間 9:00~17:00)
- 3 提出物 「入所申込書」と「調査票」に必要事項をご記入の上、ご提出をお願いします。
(調査票は介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している方が記入して下さい。)
「介護保険被保険者証」の写しを添付してください。
- 4 その他 ご不明な点等ございましたら、下記の番号へご連絡ください。

<お問い合わせ先>

かるが会 (代表) (0823) 20-3601
担当 (生活相談員): 布施、田ノ窪

提出日 令和 年 月 日

入所申込書

特別養護老人ホームから入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。
	令和 年 月 日 氏名 ㊟

申請者 (連絡先)	〒 住所	氏名	
		電話	()
		携帯	()
		入所申込者との関係	

入所申込者の状況	フリカ`ナ		性別	保 險 者		
	氏名	印	男・女	被 保 険 者 番 号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護状態区分		要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
	現住所	〒 住所	要 介 護 認 定 有 効 期 間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		
	状 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：平成・令和 年 月頃から				
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃 (まで・以降) に入所したい				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (申請している施設名：)				
主介護者	フリカ`ナ		性別	入所申込者との関係		
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他 ()				
その他の介護者	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	

入所の必要性	【自由記述】	
	[※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）] [※要介護1又は2の入所申込者は施設以外での生活が著しく困難な理由を必ず記載してください（認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように）]	
備考	担当ケア マネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ）名前（ ） <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。
連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

調査票

記入者	氏名			入所申込者との関係		
	所属名					
	所属住所	〒				
	電話	() -				
記入日	令和	年	月	日		
入所申込者の状況	フリガナ				施設記入欄	
	氏名			生年月日		明・大・昭 年 月 日
	現住所	〒				
	医療状況	現在治療中の病名				
		主治医病院名・病院住所・担当医師名				
	在宅サービス利用率	() %	※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (小数以下四捨五入) により算出			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		
		眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 全介助		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ		
		補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(自立・声かけ誘導・一部介助・全介助)		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器)			
	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> 全介助					
整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
身体状態	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度:] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし					
	手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:)				
		療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)				
	精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)					

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	介護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。