

# 特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム

エスポワール (いけだの里・白鳥の里)・大江苑 (壺の苑・忒の苑)・太閤の杜

施設長 \_\_\_\_\_ 様

|     |    |   |   |   |
|-----|----|---|---|---|
| 受付日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

特別養護老人ホームに入所を申し込みます。

|          |                                 |  |     |     |         |             |         |  |
|----------|---------------------------------|--|-----|-----|---------|-------------|---------|--|
| 本人の状況    | フリガナ                            |  | 性別  |     | フリガナ    |             | 続柄      |  |
|          | 氏名                              |  | 男・女 |     | 氏名      |             |         |  |
|          | 生年月日                            | 明・大・昭  | 年   | 月   | 日 ( 歳 ) | 〒           | 住所      |  |
|          | 住所                              | 〒  |     | TEL | TEL     |             |         |  |
|          | 今後の連絡先                          | 住所〒  |     | 氏名  |         | TEL         |         |  |
|          | 介護保険被保険者番号                      |  |     |     |         | 身体障害者手帳等の有無 | 有・無 ( ) |  |
|          | 要介護度                            | 1・2・3・4・5  |     |     |         |             |         |  |
|          | 現況                              | 1 自宅で独り暮らし 2 高齢者世帯 3 家族と同居<br>4 施設又は病院に入所 (院) 中 施設名又は病院名<br>5 その他 ( )  |     |     |         |             |         |  |
|          | 入所申込の理由<br>(該当するものすべてを選んでください。) | <input type="checkbox"/> 介護する者がいない。<br><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難。<br><input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難。<br><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難。<br><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難。<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |     |         |             |         |  |
|          | 医療の状況                           | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他<br>【現在受診している病院・診療所名及び科名】  |     |     |         |             |         |  |
| 他施設等申込状況 | 有・無                             | 有の場合施設名をご記入ください。<br>1                      2                      3                      4   |     |     |         |             |         |  |

| 主たる介護者の情報   |                   |    |          |      |    |        |       |    |
|-------------|-------------------|----|----------|------|----|--------|-------|----|
| フリガナ        |                   | 年齢 |          | 生年月日 |    | 本人との続柄 | 同居の区分 |    |
| 氏名          |                   |    |          | ・    | ・  |        | 同居・別居 |    |
| 身体障害者手帳等の有無 | 有・無 ( )           |    | 要介護認定の有無 | 有・無  |    |        |       |    |
|             | 支援1・支援2・1・2・3・4・5 |    |          |      |    |        |       |    |
| 主介護者家族構成    | 氏名                | 年齢 | 続柄       | 就業   | 氏名 | 年齢     | 続柄    | 就業 |
|             |                   |    |          |      |    |        |       |    |
|             |                   |    |          |      |    |        |       |    |
|             |                   |    |          |      |    |        |       |    |

|       |   |             |   |
|-------|---|-------------|---|
| 説明・同意 | 入所指針により、入所順位決定方法について説明を受けましたので、同意し、入所を申し込みます。<br>平成 年 月 日 | 申込者氏名 _____ | 印 |
|-------|---|-------------|---|

|                   |                                    |
|-------------------|------------------------------------|
| 主たる<br>介護者<br>の意見 | 「家庭での介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。 |
|-------------------|------------------------------------|

※ 記載について

「申込者」：本人又は本人を代理する家族等になります。

「今後の連絡先」：本人又は本人を代理する家族などで確実に連絡が取れる方。

「被保険者番号」：介護保険被保険者証の被保険者番号を記入ください。

「要介護度」： \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ の要介護状態区分等の要介護度を記入ください。

「身体障害者手帳の有無」：有・無を○で囲んでください。( )内には手帳名を記入ください。

「現況」：該当する番号を○で囲んでください。  
施設又は病院等に入所(院)中の場合は施設名又は病院名を記入ください。

「入所申込の理由」：該当する項目に(レ)を入れてください(複数可)。

「医療の状況」：該当する項目に(レ)を入れてください(複数可)。

「他施設等申込状態」：有・無を○で囲んでください。  
有に○の場合、参考までに施設名を記入ください。

「主たる介護者」：主に介護を行っている方について記入ください。  
また、同居、別居のいずれかを○で囲んでください。  
施設、病院に入所(入院)中の方は退所(院)後、予定される主たる介護者を記入ください。自宅に戻っても介護者がいない場合は氏名欄に「介護者なし」と記入ください。

「主介護者家族構成」：就業欄に、就業、大学生、高校生、中学生、小学生、就学前等と記入ください。

「説明・同意」：申込者は施設より入所について、説明を受け、同意してください。

\* 申込みは、本人又は家族等の代理人が直接施設の窓口へ提出してください。  
なお、介護保険被保険者証をご持参ください。

# 介護支援専門員等意見書

平成 年 月 日現在

|             |     |                |     |
|-------------|-----|----------------|-----|
| 入所申込者<br>氏名 |     | 所属事業所名         | TEL |
| 入所申込者<br>住所 | TEL | 介護支援専門<br>員等氏名 | 印   |

次の事項について、把握されている範囲で記入をお願いします。

## 1 本人の状態

ア 要介護度： 要介護度 1・2・3・4・5

イ 認知症の有無： 認知症高齢者日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

ウ 行動障害等の有無： 有（内容： ） ・ 無

エ その他（ ）

## 2 本人の生活等の状況（在宅サービス等の利用状況）

ア 在宅サービスの利用状況（直近1ヶ月の在宅サービス利用状況）

〔 〕

イ その他（居所の状況）

〔 〕

## 3 家族・介護者等の状況

ア 主介護者の状況（主介護者の有無、健康状態等）

〔 〕

イ 主介護者の介護の関わり（就労、育児等による介護可能時間の有無）

〔 〕

ウ 主介護者以外の家族等の協力状況

〔 〕

エ 住環境（劣悪な住環境、バリアフリー対応等）

〔 〕

オ その他（介護者の心的負担の状況、経済状況等の特記事項）

〔 〕

## 4 在宅（現在の居所）での介護の継続について（下記から選択願います）

現在の状況で継続可能

在宅サービスの追加等で継続可能

在宅介護の継続は困難（※下記に具体的理由を記載願います）

【在宅介護の継続が困難な具体的理由】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員が関わっていない場合には、他の適当な者（病院のソーシャルワーカー、他の施設の介護支援専門員、生活相談員等）にご協力を求めてください。

# 情報提供同意書

私や家族の個人情報を入所判定委員会に提供されることに同意いたします。

平成 年 月 日

社会福祉法人小杉福社会  
理事長 山崎 隆一 殿

私（利用者本人）

住 所

氏 名

Ⓔ

ご家族（家族代表署名代行者）

住 所

氏 名

Ⓔ

## 入所受入について

入所対象者は要介護1～5と認定され、常時介護を必要とし在宅での介護を受けることが困難な方といたします。なお、常時治療が必要な方は入所を見合わせていただく場合があります。

### 入所申込みについて

- 入所申込の際には、面接、聞取りを行います。  
来所される日時を事前に連絡、予約して下さい。
- 来所の際には、次の書類をご持参して下さい。
- ・ ご持参の書類等を事前にチェックして下さい。

| 必 要 書 類 等 |   | 申 込 者<br>チ ェ ッ ク          | 施 設<br>チ ェ ッ ク |
|-----------|---|---------------------------|----------------|
| 1         | 入 所 申 込 書                                   |                           |                |
| 2         | 介 護 保 険 被 保 険 者 証                           |                           |                |
| 3         | 介 護 支 援 専 門 員 意 見 書                         |                           |                |
| 4         | 個 人 情 報 に 関 す る 同 意 書                       |                           |                |
| 5         | 過 去 1 ケ 月 の ※ 居 宅 サ ー ビ ス の 利 用 票 及 び 領 収 書 |                           |                |
| 6         | 認 印   |                           |                |
|           | 障 害 者 手 帳                                   | 入 所 希 望 者 の 方 で 該 当 者 の み |                |
|           |   | 介 護 者 の 方 で 該 当 者 の み     |                |

- ・ ※：居宅サービスとは、次のサービスです。  
訪問入浴、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、  
通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与

上記の書類を用い、富山県特別養護老人ホーム入所指針により評価点数を決定し、点数の高い方が優先順位上位となり、各施設の入所検討委員会により入所を決定いたします。

#### ◎ 個人情報の取扱いについて

お預かりします個人情報に関しては、小杉福祉会(以下当法人)が責任を持って保管・管理させていただきます。

#### 【個人情報の利用について】

個人情報については、当法人が自ら利用します。ただし、以下のいずれかに該当する場合を除き、当法人を除く第三者に対し、個人情報を開示しません。

- (1) 利用者の方が、事前に承諾された場合
- (2) 法律により開示が要求される場合
- (3) 利用者の方にサービスを提供する上で、必要となる業務委託先に開示する場合

## 入所申込後のお願い

入所申込後に、申込書に記載いただいた内容の下記事項に変更があった場合、連絡をお願いします。

### 1、本人の状態

⇒ **要介護度**(介護認定を更新した)

### 2、本人の生活の状況

⇒ **待機場所**(入所施設等が変わった)

⇒ **在宅サービスの利用状況**

⇒ **住居状況**(転居、住宅の改修等)

### 3、介護者等状況

⇒ **家族構成**(主たる介護者の変更)

⇒ **主たる介護者の健康状況**

⇒ **主たる介護者の介護可能時間**(増減)

特別養護老人ホームエスポワールこすぎ 0766-56-1078

特別養護老人ホーム大江苑 0766-55-8888

特別養護老人ホーム太閤の杜 0766-56-8727