

【優先入居・ショートステイ利用申し込みについてのご案内】

この度は(福)元気村馬室たんぽぽ翔裕園の利用申し込みをしていただき誠にありがとうございます。

下記の用紙をご用意させていただきましたので、内容をご確認ください。尚、ご記入に際しては分かる範囲で結構です。

ご不明な点につきましては、相談課(原・藤田・長谷川)までご連絡ください。

- ① 優先入居申込書:2枚(ショートステイのみの場合は不要)
- ② 相談受付票:1枚
- ③ 利用希望者様に関する現況票:2枚
- ④ 施設パンフレット
- ⑤ 利用料金表(目安のもの):4枚(1割負担・2割負担のもの各1部ずつ)

* 上記①～③の書類の記入と、下記⑥～⑩の書類もあわせてご準備いただきますよう、よろしくお願いいたします。

- ⑥ 介護保険証の原本
- ⑦ 介護保険負担割合証
- ⑧ 介護保険負担限度額認定証(ある方のみ)
- ⑨ サービス利用票過去3ヶ月分のコピー
(在宅サービスを使っている方のみ)
- ⑩ 認定調査票(写)、主治医の意見書(写)
(申請には、申請に行く人の身分証明書と対象者の印鑑が必要となります)

* 尚、入居が近づきましたら健康診断書(その際にお渡しします)の提出もお願いいたします。

【お問い合わせ先】

(福)元気村 介護老人福祉施設 馬室たんぽぽ翔裕園
鴻巣市原馬室3335

TEL 048-541-4148 FAX048-541-4672

相談課 原・藤田・長谷川

(参考様式1)

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その1)

申 込 日	平成 年 月 日
受 付 日	平成 年 月 日

【申込者】

介護老人福祉施設 馬室たんぼぼ翔裕園 施設長様

希望の番号に○をおつけ下さい

1. 個室(ユニット)
2. 多床室(相部屋)
3. どちらも申込み、順番がきた方に入居

住 所	〒	
(ふりがな)		本人との関係
氏 名		
電話番号	()	

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号	
人	住 所	〒	女	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
	現在利用している 在宅サービスの 状況		要介護度	1・2・3・4・5	
の	住 所	〒	介 護 認 定 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	認知症等による不適応行動		1 訪問介護 ()	6 通所リハビリテーション ()	
状	医療的措置の状況		2 訪問入浴介護 ()	7 短期入所生活介護 ()	
	優先入所を 希望する 理由		3 訪問看護 ()	8 短期入所療養介護 ()	
況			4 訪問リハビリテーション ()	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()	
			5 通所介護 ()	10 その他 ()	
			1 非常に多い	2 やや多い	3 少しあり
			4 なし		
			【現在治療中の病気等】		
			1 介護者がいないため ()		
			2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ()		
			3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ()		
			4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ()		
			5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ()		
			6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ()		
			7 その他 ()		

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭	年	月 日 (歳)	
		同居の区分	1 同居 2 別居()			
	従たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		同居の区分	1 同居 2 別居()			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
介護期間						
主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態			
	有 (常勤・パート)	有(人 歳)	良好 不良 ()			
	無	無	主たる介護者の家族の健康状態			
			良好 不良 ()			

そ の 他	優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:
	待機期間	年 ヶ月
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについて のやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<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等が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難である <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な状況である

説明 確認	私は、優先入所申込の際、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。 平成 年 月 日 氏名: _____
----------	--

- ※1 認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。
- ※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。
- ※3 優先入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。
- ※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。
- ※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

相談受付票(入居・ショートステイ申し込み)

受付年月日	年 月 日 ()	来園・電話	受付担当		
利用希望者 (入居者)	フリガナ	生年月日	年 月 日		
	氏名	性別	年齢		
	〒	自宅・他()			
	住所	Tel			
相談者	フリガナ	利用希望者との続柄			
	氏名	性別	同居・別居		
	〒	自宅・他()			
	住所	Tel			
緊急連絡先 (キーパーソン)	フリガナ	続柄	フリガナ		
	氏名	性別	氏名		
	〒		〒		
	住所		住所		
	自宅・携帯・職場 ()		自宅・携帯・職場 ()		
	Tel		Tel		
居宅介護支援事業者:		Tel:	担当ケアマネ:		
希望入居時期:		他施設への申込み: 有 ()・無			
現在の状況: 自宅・入院中(病院 科)・施設()・他()					
要介護度: 認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 障害者手帳: 有 (級)・無					
かかりつけ医療機関:		Tel:	主治医(診療科)		
サービス利用状況:					
(内容・頻度・事業者名)					
家族構成	氏名	続柄	年齢	同居・別居	構成図
利用申込の 同意確認	本人 配偶者 本人の子(名中 名) 子の配偶者(名中 名) 身近な親族				

様式1 <ADLチェック表> 記入日 年 月 日 (来所 ・ 訪問)

利用者氏名 様 生年月日 年齢 ()

要介護度 () 認定期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日

生活自立度 ・障害高齢者の日常生活自立度 () ・認知症高齢者の日常生活自立度 ()

身	身長	cm		kg	
	視力	普通(日常生活に支障がない) 1m先が見える 目の前のものが見える		ほとんど見えない 見えているのか判断不能 眼鏡 (あり ・ なし)	
体	聴力	普通 普通の声がやっと聞こえる 大きな声なら聞こえる		ほとんど聞こえない 聞こえているのか判断不能 補聴器 (あり ・ なし)	
	言葉	普通 少し不自由 不自由	コール対応	可能 ・ 不可	
の	障害	視覚 聴覚 言語 肢体 (上肢 下肢 上下肢 右 左)		身体障害者手帳 無 有 (級 種)	
	褥瘡	無 有 (部位) (程度)			
状	睡眠	良眠 やや不眠 不眠 (布団 ベッド その他) 睡眠 時 ~ 時		睡眠薬 有 無 (薬剤名 :)	
	移動	自立歩行 手引き歩行 杖歩行 シルバーカー 歩行器 車椅子自力 車椅子介助			
況	立ち上がり	自立 掴まれば可 支えが必要 不可			
	寝返り	自立 掴まれば可 不可			
の	起き上がり	自立 掴まれば可 支えが必要 不可			
	移乗	介助されていない(自立) 見守り等 一部介助 全介助		尿瓶 ホータブルトイレ ハルンカテーテル	
状	排泄	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助		紙パンツ (昼夜 昼のみ) 紙おむつ (昼夜 夜のみ) パット 布パンツ	
	尿便意	尿意 (無 有) 便意 (無 有) 失禁 (無 有)			
況	排便状況	排便の頻度 回 / (日 ・ 週)		下剤の使用 (有 ・ 無) 薬剤名 ()	
	入浴(洗身)	介助されていない 一部介助 全介助 入っていない (個人浴 機械浴)			
の	着脱	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助		上衣 自立 介助 (軽・全介助) 下衣 自立 介助 (軽・全介助)	
	食事	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助 胃ろう		主食 (常食 粥食 ペースト) 用具 (箸 スプーン・フォーク エプロン)	
況	水分	水分 (トロミ使用 有 ・ 無) むせ込み (有 ・ 無)			
	義歯	無 有 (総 部分) 義歯管理 自己 施設		口腔ケア 自立 一部介助 全介助	
嗜好	好物 () 嫌い ()				
注意食品	アレルギー: 無 有 () 禁止食品: ()				

様式1-2

健康状態	現在の状況	自宅 入院中 () 施設 ()	
	既往歴		
	現病歴		
	感染症疾患	無 有 (疥癬・結核・B型肝炎・C型肝炎・その他 ())	
	内服薬		
かかりつけ病院		薬剤アレルギー 有 無	
		無 有 ()	
精神状況	性格	朗らか おとなしい 頑固 わがまま 短気 その他 ()	
	認知症	認知症診断	無 有 (重度・中度・軽度)
		物忘れ 失見当 (場所・自分の名前・季節・居場所 など) 徘徊 幻覚幻聴 昼夜逆転 介護抵抗 大声 暴言 暴力 その他 ()	
年金	受給無(生活保護) 国民年金 厚生年金 恩給年金 共済年金 障害年金		
	支給額 円/月	限度額認定証	無・有 (第 段階)
その他・生活歴			

記入者 ()