

特別養護老人ホームかむりの里翔裕園 入所申込について

- 1、入所申込書兼状況調査票および社会福祉法人杜の村特別養護老人ホームかむりの里翔裕園入所申込書に必要事項を記入の上、提出願います。
- 2、仙台市入所指針に則り、書類を基に点数化し順位を決定させていただきます。順位については、毎月見直しを行います。したがって、前回の順位から見直し後に必ずしも高い順位になるとは限りませんので、ご理解願います。
- 3、入所が近づいてきた時に、生活相談員より、入所の意思確認と調査の日程調整を行わせていただきます。ご自宅あるいは入所・入院先へお伺いさせていただきます。入所の意思がない場合あるいは入院中で介護老人福祉施設を利用できる状態にない等の場合、一旦取り下げさせていただくこともあります。また、ご本人様の状態確認の際、診断書の作成もお願いしております。診断書用紙をお持ちいたしますので、作成してくださいませようお願い致します。入所できるかどうかは調査結果及び診断書を基に入所検討委員会にて検討させていただきます。特に支障なければ、その後に入所となります。
- 4、入所待機順は、申請者もしくは、本人のみ確認ができます。なお、お申込の受領等の文書は出しておりませんので、ご了承くださいませようお願い致します。
- 5、申込後、申込書の記載内容に変更があった場合、すみやかに連絡下さい。正確な順位が出せなくなります。要介護に変更があった場合にも速やかにご連絡下さいませようお願い致します。長期間変更の連絡がない、お問い合わせしても連絡がつかない場合や、状況調査のための返信がない場合は取り下げさせていただく場合がございますのでご了承くださいませいたします。

問い合わせ先

〒983-0821

宮城県仙台市宮城野区岩切字東河原352-3

特別養護老人ホームかむりの里翔裕園

担当 生活相談員

TEL 022-396-7522

FAX 022-396-8083

令和 年 月 日

入所申込書

社会福祉法人杜の村
特別養護老人ホームかむりの里翔裕園
施設長 殿

(ふりがな)

入所申込者 氏名 _____ 続柄 _____
(ご家族)

住所 _____

連絡先 Tel _____

次の通り、特別養護老人ホームかむりの里翔裕園への入所を申し込みます

入所希望者 氏名	ふりがな		男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
現住所	〒 Tel		
健康保険	種別	記号・番号	
年金・恩給等	種別		
障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 障害名 () (級) <input type="checkbox"/> 無		
介護保険	被保険者番号	要介護度	
認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで		
身体の状況	食 事 取 扱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事の種類) 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	
言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない		
精神の状況	精神状況	有 (認知症・その他)	
	問題行動	徘徊・暴言暴力・不潔行為・妄想・幻覚・昼夜逆転・異食 その他 ()	
利用している在宅 サービス/入所施設			

医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他（ ） 現在治療中の病気		
	既往歴		
主治医	病院名・医師名・電話番号等		
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していない <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の構造が介護に適していない <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等から退所（退院）を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
性格	ア、朗らか イ、親しみやすい ウ、几帳面 エ、凝り性 オ、自分のことを気にしやすい カ、人にとげこめない キ、無口 ク、好き嫌いが多く ケ、頑固 コ、短気		
対人関係	ア、拒否的である イ、普通 ウ、協調的である		
緊急連絡先 (身元引受人)	ふりがな	電話：	
		勤務先：	
		電話：	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）	続柄	
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 入所希望者がかむりの里への入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を望んでいる。 <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他（ ）		
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
その他	上記以外で、他に考慮してほしい点（自由にご記入下さい）		

(注) 申込書を提出された方は、待機者として登録致します。入所日が近づきましたら、事前にご連絡差し上げ、実態調査にお伺いさせていただきます。その際、診断書の用紙をお渡ししますので、作成をお願い致します。
 仙台市の基準に基づき、点数化し順番を決定しておりますので、要介護度等、状況に変更があった際は、必ず、ご連絡くださいますようお願い申し上げます。
 なお、取り下げについても同様をお願い致します。
 待機順は、お電話でもお答えしております。

入所申込書兼状況調査票

施設名 特別養護老人ホームかむりの里翔裕園 施設長様

次のおり施設入所を申し込みます。

年 月 日

申請者	氏名(ふりがな)			続柄()
	住所	〒		
	電話	()	明・大・昭	年 月 日生 歳
本人の状況	介護保険被保険者番号	(健康保険被保険者番号ではありません。お間違いないようにお願いします。)		
	氏名(ふりがな)			男 ・ 女
	住所	〒		
	電話	()	明・大・昭	年 月 日生 歳
	要介護度	3 ・ 4 ・ 5 [特例入所] 1 ・ 2	他の 特養申請状況	件
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 老人保健施設入所中 ・ その他()		
	認知症	ある ・ なし(「ある」方は下記のご記入をお願いします。) 次にあげるような症状がありますか？あてはまるものの番号すべてに○をつけてください。 1. 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) 2. 理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。) 3. 見当意識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからないことがある。) 4. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) 5. 徘徊(はいかい)(目的がなく歩き続けることがある。) 6. 幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。) 7. 収集癖(自分のものではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動がみられる。) 8. その他()		
		認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M	
	病院・施設名	現在右記のような処置を受けていますか？ 受けているものに○を付けて下さい	経管(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン	
	病名		その他()	
今すぐ入所する意思がございましたか？	今すぐ ・ 数ヶ月後 ・ 数年後			
家族構成	一人暮らし・夫婦二人・家族等と同居・その他()			

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行っている方の状況	同居・別居にかかわらず、介護を行っている方についてお書き下さい。	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者に◎)	同居の有無	仕事の有無	
			()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無	
			()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無	
			()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無	
			()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無	
	その他介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障害やご病気がおありですか。病名等をお答えください。(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書き下さい。)		障害・病気が(ある・ない) 病名:		※要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	
		身体障害者手帳をお持ちの方は、何級かお答え下さい。(1級・2級・3級・4級・5級・6級)		障害者名をお書き下さい。			
		療育手帳をお持ちの方はAかBかお答え下さい		A(重度)・B(中度・軽度)			
		上記以外の場合にお書き下さい。					
		②複数人の介護・育児をして(いる・いない)		どなたを介護していますか?			
ケアマネジャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名:		電話番号	ケアマネジャーの氏名			
申し込み理由(特に知らせておきたい事柄などがございましたら併せてご記入ください。)							

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態のため <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・行動や意志疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため <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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため
	(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定に係わる認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名(本人) _____ 印 _____

代筆者 _____ 印 _____

申込をされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度・心身の状況等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。