

入所申込書の送付について

入所申し込みご家族様

時下、益々ご清祥のことと拝察申し上げます。

この度は、数ある施設の中から当施設「ヒューマン」にお申込みをいただける由、誠にありがたく、心から厚く御礼申し上げます。

入所申込書を送付致しましたので、必要事項をご記入の上、ご返送くださいますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

なお、折角お申込みを頂きましても、何分にも多数の方が順番待ちをされておりますので、ご入所いただけるまでには相当の期間を要することになります。その点は、くれぐれもご了知おき下さいますよう、ご理解の程、宜しくお願い申し上げます。

(必須項目)

- 1、入所希望者氏名
- 2、申込者（ヒューマンからのご連絡は申込者様へ致します）
- 3、介護保険情報（介護保険証がございましたら、記入をお願いいたします。また、申込後、介護度等の変更がございましたら、電話等にて変更のお知らせ下さい）

- * 健康診断書、保険証コピー等の別添は不要です。
- * 施設見学等も随時受け付けております。必要の際にはご連絡をお願いいたします。

〒240-0103

神奈川県横須賀市佐島 3-12-15

社会福祉法人 富士美 指定介護老人福祉施設

高齢者総合福祉センターヒューマン

施設長 森 弘樹

担当 生活相談課 大久保 和樹

阿部 雄介

ホームページ アドレス <http://www.human-fujimi.jp/>

E-mail otoiawase@human-fujimi.jp/

高齢者総合福祉センターヒューマン

T E L 046-856-7088 F A X 046-858-2777

高齢者総合福祉センターヒューマン

(様式1)

(複写可)

横須賀地区特別養護老人ホーム標準入所申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
※ 受付後5年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

施設長 様

申込者 (連絡先)

住所	〒 _____		
(フリガナ) 氏名	_____	電話番号	() _____

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)				性別	男 ・ 女	
	氏名				住民登録	市・区・町・村	
	現住所	〒 _____	_____				電話
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	
	健康保険	種 別			記号・番号		
	年金等	種 別					
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定 級(度) _____ 年 月 日)					
	介護保険	被保険者番号	_____	_____	_____	_____	
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
		【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められることが必要です。 <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。 という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。					
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている						
	(施設に入所(入居・入院)している場合)						
	施設名又は病院名(所在地)	_____ 市・区・町・村					
入所又は入院期間	年 月 日～						

* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()
	*1 該当するものをすべて選んでください。 *2 []内に事業者名を記入してください。	
身体状況	食 事 取	<input type="checkbox"/> 自立 (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 <input type="checkbox"/> 見守り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> (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 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 (歩 行) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	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 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	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
	<input type="checkbox"/> 補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。	
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする <input type="checkbox"/> 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。	

入所希望者の状況	医療的処置 * 該当するものをすべて選んでください。	<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 (鼻腔・胃ろう) <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)																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td>内服薬</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (既往症) <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>	病名	入院・通院病院	期間			年 月～			年 月～			年 月～	内服薬			感染症			病名	入院・通院病院	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホーム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希望している <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()	
病名	入院・通院病院	期間																															
		年 月～																															
		年 月～																															
		年 月～																															
内服薬																																	
感染症																																	
病名	入院・通院病院	期間																															
		年 月～ 年 月																															
		年 月～ 年 月																															
		年 月～ 年 月																															
家族や住居等の状況	入所を希望する理由 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠である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り介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <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り、十分な介護が困難 <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、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、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"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載してください。) []																															
主な介護者	(フリガナ)		性別	年齢/生年月日	(歳)																												
	氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日																												
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒		電話 ()																													
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()																															
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない																															
	意見	(介護をしている上で特に困っていること) _____ _____																															

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	電話 ()
	事業所名			

備考	<p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	--

おねがい	<p>入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、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した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>
------	--

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 <p style="text-align: right;">入所希望者氏名 印</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名 印</p>
-------	--

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日 氏名 _____ ()</p>
-------	---