入所希望者の皆様へ

社 会 福 祉 法 人　　市 川 会
特別養護老人ホーム ホワイト市川
施　設　長　　竹　下　　幸　男

入所申込みのご案内について

この度は、当施設へ入所のお問合せをくださいまして誠にありがとうございます。
つきましては入所申込み書類をご同封いたしました。
入所を申し込まれる方は、下記の書類を当施設へ提出をお願いいたします。

（１）特別養護老人ホーム入所申込書（別紙、２枚）

（２）日常生活状況について（別紙、１枚）

（３）介護保険被保険者証のコピー

※ 提出していただく書類は、お手数ですが**コピーを取り、申込者様の控え**として保管してください。

※「入所申込書」及び「日常生活状況について」は、記入漏れのないようにお願いします。
記入漏れや提出書類に不足があると正確な判定ができず、順位に支障をきたしますのでご注意ください。

※ 申込み後に、申し込み内容に変更があった場合は、お手数ですがご連絡をお願いいたします。また、他施設に入所された等、申込みを辞退される場合も、ご連絡をお願いいたします。

○ 送付先・問合せ先

〒272-0013 千葉県市川市高谷 1854 番地　特別養護老人ホーム　ホワイト市川
℡０４７－３２７－３３１１ fax ０４７－３２８－５６３０

（１）入所順位の取り扱いについて

平成 15 年 4 月 1 日より、入所の必要性の高い方から優先的に入所できるよう厚生労働省令が改正されました。

当施設においても「千葉県指定介護老人福祉施設の入所に関する指針」、「市川市指定介護老人福祉施設の入所に関する指針」及び「社会福祉法人市川会 入所検討委員会運営規定」に基づき、調査及び評価票を作成し、「入所検討委員会」において入所待機者順位名簿を適正に作成しています。

（２）入所待機者順位名簿の作成

年２回、４月（10/1～3/31）及び 10 月（4/1～9/30）に入所申込書（新規・再申請）を取りまとめ調製します。

（３）入所の必要性を評価する基準

① 要介護度
② 認知症の程度
③ 世帯・居住の状況
④ 介護者・家族の状況
⑤ 性別、ベッドの特性（認知症専用床等）

などを総合的に評価して入所を決定いたします。

（４）入所の時期

当施設の居室に空きが生じた場合は、入所待機者順位名簿に基づいて、当施設からご連絡いたします。その後、施設担当者による面接調査や、サービス内容等のご案内を行い、施設との入所契約となります。

なお、申込者様等の都合により保留や一時辞退があった場合は、入所順位の繰り下げ・取り消しとなる場合もありますのでご了承ください。

また、当施設の医療機能では、適切なケアの提供が困難と判断された場合はご入所をお断りすることがあります。

（５）その他

① 入所申込書を提出後、ご本人やご家族の状況等が変わった場合は、入所順位の見直しをいたしますので施設へご連絡をお願いします。
② 入所申込書を提出された後、入所申込みをキャンセル（ご逝去を含む）される場合は、速やかに施設にご連絡ください。
③ 年 1 回、現況確認の為、再申請書類の提出をお願いしています。当施設から案内が届きますので、提出をお願いいたします。こちらを提出されないと、申込み辞退となりますので、ご注意ください。

社会福祉法人 市川会 特別養護老人ホーム入所申込書

申込日	平成　　年　　月　　日

新規申込書

受　付　印

＊ご連絡や郵便物などは下記連絡先に郵送いたします。

申込者（連絡先）	
	〒 :
	住所:
	(フリガナ) 氏　名:　　(続柄:　　)
	電話:　　携帯:

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。

1、入所申込み先

施設名	居室種類	定員	所在地
ホワイト市川	多床室・従来型個室	88名	市川市高谷1854番地

2、入所希望者本人の状況

(フリガナ)		性別	男 ・ 女
氏　名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年　月　日(　歳)
現 住 所	〒 電 話		
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	被保険者番号	
要介護 認定期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	保険者 (市町村名)	
介護保険 負担限度額認定証	無 ・ 有　有の方は記載されている食費の限度額をご記入ください (食費:　円)	介護保険 負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割
現在の居住状況	☐ 在宅で生活している ☐ 病院や施設で生活している(施設名:　)		
世帯の状況	☐ 単身世帯　☐ 60歳以上のみの世帯 ☐ 75歳以上のみの世帯　☐ その他の世帯		

＊世帯の状況は、病院や施設に入所中等でも、在宅に戻った際の世帯の状況で判断してください。

3、担当ケアマネージャーまたは入所施設等担当者

事業所・病院・施設名：	担当者名：
住所：	電話番号：

＊在宅で介護保険サービスを利用中の方は担当ケアマネージャー、施設や病院に入所・入院中の場合は、普段連絡を取る担当の方の氏名をご記入ください。

4、認知症の状況

自立 ・ Ⅰ ・ Ⅱａ ・ Ⅱｂ ・ Ⅲａ ・ Ⅲｂ ・ Ⅳ ・ Ｍ

＊認知症の状況は、ご本人の「主治医意見書」に記載されている「認知症高齢者の日常生活自立度」を記入してください。ケアマネージャーや主治医、施設・病院の担当の方にご確認の上、「○」をしてください。

5、医療の状況（該当するものにチェックをお願いします）

医療の状況	□ 経管栄養	□ 胃ろう	□ 在宅酸素
	□ インシュリン注射	□ 透析	□ 気管切開
	□ その他（ ）		

6、入所を希望する理由（**該当するもの<u>すべて</u>に、チェックをお願いします**）

入所を希望する理由	**1. 入所申し込みができるのは、原則として要介護度3以上の方です。** **（要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむをえない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。）** □ 主介護者が、いないため □ 主介護者が、「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため □ 主介護者が、他の家族の「介護」「看病」「育児」をしているため □ 主介護者が、主たる生計維持者であり、十分な介護が困難なため □ 主介護者が、介護を拒否しているため □ 主介護者が、同居している方ではなく、近隣者や別居血縁者のため □ 主介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため □ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため □ 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なため □ その他（ **2. 要介護1・2の方については、以下の該当する項目を選んでください。** □ 認知症であるものであって、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 □ 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 □ 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 □ 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

7、主に介護をしている方・ご家族の状況

（フリガナ）		続 柄	生年月日
主介護者 氏　名	男 ・ 女		明・大・昭・平 年　月　日（　歳）

介護者の介護負担	重い　やや重い　軽い　負担なし	
介護者の障害や疾病	無 ・ 有	（障害名：　）
		（病　名：　）

＊介護者の方が障害者手帳等をお持ちの方は、等級等もご記入ください

障害や疾病による介護負担	困難　多少可　可能

＊「困難」は、障害や疾病により要介護者の排泄・入浴・着替え・移動・食事・整容等の日常生活での介助が困難な場合、「多少可」は上記の項目が2つ程度ならばできる場合、「可能」は障害や疾病はあるが、介護可能な状態である場合をいいます。

介護者の就労		無 ・ 有	職種：
1週間の就労時間の合計			40時間以上　20～40時間　20時間未満
介護者の育児、家族の病気（入所希望者以外の）	育児	無 ・ 有	（続柄：　／　年齢：　／　）
	家族の病気	無 ・ 有	（続柄：　病名：　）
	育児・家族の病気があり、主たる介護者がその者の育児・看病を行っている状況 常時の育児・看病　半日育児・看病　臨時の育児・看病		

介護者の介護意欲	無　非常に消極的　やや消極的　普通　意欲的
他の同居家族の介護協力	無 ・ 有（続柄：　／　週に　日程度）
別居血縁者の介護協力	無 ・ 有（続柄：　／　週に　日程度）
近隣者の介護協力	ほとんどなし　週1～3日程度あり　週4日以上あり
他の要介護者	無・有（続柄：　／要介護認定：要支援 1・2、要介護1・2・3・4・5）

＊入所希望者の他に、介護認定を受けている方がおり、実際に介護をしている場合は、その方の介護保険被保険者証の写しを添付してください。

〔同意事項〕

・本申込書及び「日常生活状況について」の内容を、自治体から情報提供依頼があった場合、自治体に提供することに同意します。

・本申込書及び「日常生活状況について」の内容について、関係病院、施設、担当ケアマネージャーに確認する事について同意します。

・本申込書及び「日常生活状況について」の内容を、入所検討に係る範囲内で、使用することに同意します。

申込者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日常生活状況について

入所希望者本人氏名　　様

※ 心身状態についお伺いします。該当するところに○印もしくはカッコ内にご記入をお願いします。

移動	屋内：自立(杖 ・ 歩行器) ・ 一部介助(　　) 車椅子(自走可 ・一部介助 ・ 全介助) ・ できない 屋外：自立(杖 ・ 歩行器) ・ 一部介助(　　) 車椅子(自走可 ・一部介助 ・ 全介助) ・ できない
起き上がり	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 (　　)
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 (　　)
食事方法	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養(　　) はし・スプーン・フォーク・エプロン・その他(　　)
食事方法	主食：常食 ・ 粥食 ・ ミキサー食 ・ その他(　　) 副食：常菜 ・ きざみ(大・小・極小) ・ その他(　　)
入れ歯	無し ・ 有り(上下 ・ 上 ・ 下)
排泄	自立 ・ 見守り(声かけ) ・ 一部介助(　　) 全介助：紙オムツ ・ パンツタイプ ・ 尿とりパッド ポータブル使用：有 ・ 無 (日中 ・ 夜間 ・ 全日) トイレ誘導 有 ・ 無　　下剤 有(頻度　　) ・ 無
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 (　　)
着脱衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 (　　)

《 身体の状況 》

麻痺	無し ・ 上肢(右 ・ 左) ・ 下肢(右 ・ 左) ・ その他(　　)
視力	普通 ・ ぼんやり(右・左) ・ 殆ど見えない(右・左) 眼鏡使用 (右・左)
聴力	普通 ・ 耳元で(右・左) ・ 聞こえない(右・左) ・ 補聴器(右・左)
言語	普通 ・ 聞き取りにくい ・ 失語症 ・ 筆談 ・ その他(　　)
意思伝達	できる ・ たまにできる ・ ほとんどできない ・ できない
指示の理解	できる ・ たまにできる ・ ほとんどできない ・ できない
床ずれ	無し ・ 有り(箇所:　　)
睡眠	普通 ・ あまり眠れない ・ 眠れない(眠剤使用 有 ・ 無)
アレルギー	無し 有り (薬:　　食べ物:　　)

《 精神の問題状況 》

記憶障害	☐ 物忘れ・置忘れが目立つ ☐ 最近の出来事がわからない ☐ 自分の名前もわからない	攻撃的行為	☐ 攻撃的な言動がある ☐ 乱暴な振るまいがある ☐ 他人に暴力をふるう
不穏行動	☐ 時には興奮して騒ぐ ☐ しばしば興奮して騒ぐ ☐ よく興奮して騒ぐ	徘徊	☐ 時々室内をうろうろする ☐ 家中をあてもなく歩く ☐ 屋外をあてもなく歩く

※ 該当する箇所に☑を入れてください

裏面も記入をお願いします。

失　　禁	□ 常に失禁する □ 時々失禁する □ 誘導すれば自分でトイレに行く	失　見　当	□ 自分の部屋がわからない □ 時々自分の部屋がどこにあるのかわからない □ 異なった環境に置かれると一時的にどこにいるのかわからなくなる。

※ 該当する箇所に☑を入れてください

《医療の状況》

主治医	（病院名） （担当医）
既往歴 及び 入院歴	わかる範囲内で結構です。
処方薬	わかる範囲内で結構です。
医療的管理について	（インスリン自己注射、経管栄養、カテーテル、ストマ、酸素療法、吸引、透析など）

その他ご家庭での介護で、気を付けていることなどがございましたら、ご記入ください。