

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
特別養護老人ホーム ホワイト市川別館
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り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) 日常生活状況について (別紙)

(3) 介護保険被保険者証のコピー

(4) サービス利用票及びサービス利用票別表 (直近1ヶ月分)

※ 施設入所や病院に入院されている等でこの書類が介護支援専門員から発行されていない場合は添付の必要はありません。

- ※ 書類をご郵送される方はお手数ですが「特別養護老人ホーム入所申込書」のコピーを一部取り、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。
- ※ 「入所申込書」の申込状況欄で当施設をお申し込みの際は、入所希望される施設(本体施設及び別館)のそれぞれにチェックをしてください。また別館を希望される方は、個室・4人室(多床室)へのチェックをお願いします。(チェックのない場合は本体施設のみの受付となります。)

○ 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
TEL 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日から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」に基づいて作成された規定により、「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 介護者・家族の状況
 - ③ 認知症の程度
 - ④ 在宅サービスの利用状況
 - 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

当施設を退所する方が生じた場合は、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、施設の担当者による面接調査等を行い、入所を決定し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、本人や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ください。状況により再申請をしていただく場合もございます。見直しの時期は、上記「(2) 入所待機者順位名簿の作成」と同様です。
- ② 入所申込書を提出された後、入所申込みをキャンセル(死亡を含む)される場合は、速やかに施設にご連絡ください。
- ③ 入所申込書を提出後、本人や家族の状況等が変わらない場合は、入所申込書は有効とし、入所待機者名簿の順位が継続されますが、上記「(5) その他 ②」などの理由により、入所待機者名簿から削除する場合があります。

特別養護老人ホーム入所申込書

--	--	--

申込日 平成 年 月 日

新規・変更

受付印

申込者(連絡先) 郵便物などは下記連絡先に郵送いたします。

〒 :
 住所 :
 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。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設) (フリガナ)	性別	保険者 (市町村名)	被保険者番号				
	氏名	男・女	要介護度	1・2・3・4・5				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護 認定期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで			
	現住所	〒		TEL				
	入所を希望する理由(該当するものを全てを選んでください)	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。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <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なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <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なため <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・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・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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。 <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。						
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい						
	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"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項】						
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む (<input type="checkbox"/> ホワイト市川(本体施設)) ※複数選択可 (<input type="checkbox"/> ホワイト市川別館(<input type="checkbox"/> ユニット型個室、 <input type="checkbox"/> 4人室)) <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇お申込み施設名() () () ()						
	入所の意思	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない <input type="checkbox"/> 確認していない <input type="checkbox"/> 判断できない						
	主たる介護者	申し込み先 (フリガナ)	性別	本人との関係				
	氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)						
	意見	【介護をしている上で困っていること等】						

現 況 届

1 本人の状況

*いずれかに○や記入をして下さい

現 況	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 家族と同居	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 老健などの施設または病院に入っている 施設名又は病院名： 所在地 電話番号 入所又は入院時期：平成 年 月から 入所・入院 している				

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5
認知症高齢者の日常生活自立度 ※1	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I		自立

2 主たる介護者(いつも介護をしている方)・家族等の状況

介護者の年齢/続柄	歳 (続柄)
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 ※2	無・有 (障害名:) (病名:)
障害や疾病による介護負担 ※3	困難 多少可 可能
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時間未満 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 (続柄: / 年齢: /)
	家族の病気 (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)
近隣者等の介護協力 ※4	ほとんどなし 随時あり 常時あり
他の要介護者 ※5	無・有 (続柄: 介護度:要支援 要介護 1・2・3・4・5)
認知症高齢者の日常生活自立度 ※1	Ⅲa以上 Ⅱb Ⅱa I 自立

3 留意事項

- ※1 「認知症高齢者の日常生活自立度」
 ランクについては在宅で生活されている方は、担当のケアマネージャー、病院や施設等に入院・入所されている方は、相談員に確認のうえ記入をしてください。
- ※2 「介護者の障害や疾病」
 “有”に○をした方は、障害名や病名を記入してください。障害者手帳等をお持ちの方は、等級等もご記入ください。
- ※3 「介護者の障害や疾病」
 「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言います。
- ※4 「近隣者の介護協力」
 「随時あり」は週1~3日程度、「常時あり」は週4日程度以上が目安となります。
- ※5 「他の要介護者」
 入所希望者のほかに、介護認定を受けている方がいる場合は、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。

- この申込書及び現況届けの内容を、市川市へ提供することに同意します。
- この申込書及び現況届けの内容について、担当ケアマネージャーや関係する医療機関に確認することについて同意します。

申込者氏名 _____

日常生活状況について

氏名 _____ 様

※ 心身状態についてお伺いします。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	<input type="checkbox"/> 物忘れ・置忘れが目立つ <input type="checkbox"/> 最近の出来事がわからない <input type="checkbox"/> 自分の名前もわからない	攻撃的行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的な言動がある <input type="checkbox"/> 乱暴な振るまいがある <input type="checkbox"/> 他人に暴力をふるう
不穏行動	<input type="checkbox"/> 時には興奮して騒ぐ <input type="checkbox"/> しばしば興奮して騒ぐ <input type="checkbox"/> よく興奮して騒ぐ	徘徊	<input type="checkbox"/> 時々室内をうろろろする <input type="checkbox"/> 家中をあてもなく歩く <input type="checkbox"/> 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。

