

# 入居申込書

施設名: 介護付有料老人ホーム おもしろ荘(地域密着型特定施設入居者生活介護)

受付印

申込者(連絡先)			
ふりがな			入居希望者との続柄
氏名			
住所	〒 -		
連絡先Tel	(自宅)	(携帯)	

○ 入居を希望するので、下記の通り申し込みます。

ふりがな			性別	生年月日	明治・大正・昭和																														
入居希望者氏名			男・女	年 月 日 ( ) 歳																															
現住所	〒 -		TEL ( ) -																																
介護保険	被保険者番号			保険者名: 長岡市・その他( )																															
	要介護度	<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																																	
	認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄																																	
健康保険等	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(記号番号: )																																		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険(記号番号: )																																		
	<input type="checkbox"/> その他(種別: 記号番号: )																																		
障害者手帳等	有・無	手帳の種類:	(障害名: )																																
年金等	種別: 判定: 級(度) 年 月 日																																		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅(独居・同居) <input type="checkbox"/> 病院(施設)に入院(入所)中   名称: _____ 入所(入院)日: 年 月 日																																		
	家族構成等	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居世帯 ◎ 同一生計者																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> <th>職業</th> <th>連絡先 Tel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					氏名	続柄	性別	生年月日	職業	連絡先 Tel																									
氏名		続柄	性別	生年月日	職業	連絡先 Tel																													
◎ 別世帯(本人の子供)																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> <th>職業</th> <th>連絡先 Tel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					氏名	続柄	性別	生年月日	職業	連絡先 Tel																									
氏名	続柄	性別	生年月日	職業	連絡先 Tel																														

<b>入居希望者の身体状況</b>	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他(         )	
	◎ 現在治療中の病気	
	病名	入院・通院医療機関名
	期間	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	◎ 既往症	
	病名	入院・通院医療機関名
	期間	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
<b>申請理由</b>	(現在の介護の状況を踏まえ入所の必要性を具体的に記入してください)	
	_____	
	_____	
	_____	
	_____	
	_____	
<b>意向</b>	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい。 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃までに入居したい。 <b>【他施設の入居申込み状況】</b> ・ ( <input type="checkbox"/> 1カ所 ・ <input type="checkbox"/> 複数 ) の入居施設に申し込んでいる。	
<b>担当介護支援専門員</b>	氏名	連絡先: Tel(         ) —
	事業所名	
<b>留意事項</b>	本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の入所施設等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。  <div style="text-align: center;"> <b>【連絡先】</b>             電話 0258—            FAX 0258—            担当者名:         </div>	
<b>情報収集に係る同意</b>	私は、貴施設の入所申込みに際し、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の説明を受けました。 尚、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲において、私(入居希望者及び家族)に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関からの収集することに同意します。	
	年 月 日	
	入居希望者	印 _____
	入居希望者の代理	_____
	入居希望者の家族	印 _____

介護支援専門員 情報提供表

入所申込者氏名: \_\_\_\_\_

作成日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身体状況	視力	普通・やや悪い・人の動きがわかる・見えない・判断不能		眼鏡	無・有	
	聴力	普通・やや悪い・大声で聞える・聞えない・判断不能		補聴器	無・有・(右・左)	
	言語	普通・聞き取りにくい・聞き取れない・話せない(失語症・その他( ))				
	麻痺	無・有( )	拘縮	無・有( )		
	疼痛	無・有( )	浮腫	無・有( )		
	褥瘡	無・有( )	皮膚疾患	無・有( )		
	体形	瘦・普・肥		アレルギー	無・有( )	
意思疎通	意思表示	できる・あいさつ程度・時々できる・できない( )				
	理解力	できる・簡単なことだけ理解できる・理解できない( )				
食事	形態	主食 副食・( )		水分補給		
	動作	自立・見守り・一部介助・全介助		食欲	小食・普通・大食	
	姿勢	椅子・車椅子・ベッド上		食事制限	無・有( )	
	好物			嫌いな物		
	嚥下障害	無・有( )		嗜好	酒( 合/日)・タバコ( 本/日)	
	歯	総入歯(上・下)・部分入歯・自歯・無歯顎			歯磨き	
排泄	便意	無・時々ある・有(トイレ・ポータブルトイレ・オムツ)			自立・一部介助・全介助	
	下剤	服用無・月1回服用・月2回服用・週1回・日常的			便回数	回/日
	尿意	無・時々ある・有(トイレ・ポータブルトイレ・オムツ)			自立・一部介助・全介助	
日中		回/日	夜間	回/日	※ストマ装着	無・有
睡眠	良・不良	眠剤	無・有( )			処方箋・市販薬
起居動作	寝返り	できる・つかまればできる・できない		座位	できる・つかまればできる・できない	
	歩行	自立・つかまり歩き(杖・歩行器・シルバーカー)・歩けない( )				
	移動	歩行・※車椅子使用(自立・見守り・一部介助・全介助)				
入浴	浴 → 自立・見守り・一部介助・全介助( )					
着脱衣	自立・見守り・一部介助・全介助					
洗面	自立・タオルを渡すとできる・一部介助・全介助					
性格			趣味・特技			
職歴						
その他 (問題・不適切行動など)						

事業所名		担当者		印
------	--	-----	--	---

介護支援専門員意見書

入所申込者氏名:

---

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし	

2. 在宅サービスの利用

在宅サービス利用 限度額割合	80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	20%未満
サービス利用費 支払い能力	本人年金等	本人年金等 +同居家族負担	同居家族	その他( )	

3. 主たる介護者・介護等の状況

世帯の状況	独居世帯	高齢者のみ の世帯	その他( )		
①主たる介護者 の続柄・年齢	続柄:				
	70歳以上	60歳以上	60歳未満		
②介護者の障害・ 疾病	なし	あり(障害・疾病名等 )			
		介護は困難	多少は介護	介護は可能	
③介護者の就労 (1週あたり)	なし	あり(職種等 )			
		35時間以上	20時間以上 35時間未満	20時間未満	
④介護者が育児・ 家族が病気	なし	あり( )			
		常時の育児看病	半日育児看病	臨時育児看病	
⑤他の同居介護 補助者	なし	あり(続柄: )			
		ほとんどなし	随時あり (週 1~3日程度)	常時あり (週 4日以上)	
⑥別居血縁者の 介護協力	なし	あり(続柄: )			
		ほとんどなし	随時あり (週 1~3日程度)	常時あり (週 4日以上)	

4. 担当者からみた意見

事業所名		担当者		印
------	--	-----	--	---

担当 介護支援専門員 様へ

## 介護支援専門員意見書(表面)作成上の留意事項

### 1. 本人の状況(認知症による不適切行動)

認定調査における行動に関する項目のうち

〔 「夜間不眠や昼夜が逆転している」・「1人で外に出たがり目が離せない」・「火の始末や火元の管理ができない」・ろう便行為等の不潔行為がある」・「異食行為がある」 〕

に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で、

- ・「非常に多い」・・・毎日ある場合
- ・「やや多い」・・・週に1～2回以上ある場合
- ・「少しあり」・・・月に1～2回程度ある場合

を目安として判断する。

### 2. 在宅サービスの利用

サービス利用表別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100)

- ・算定の期間については概ね3ヶ月を標準とし、平均利用割合により判断する。
- ・算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

〔 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与 〕

### 3. 主たる介護者・介護等の状況

「①世帯の状況」

- ・「高齢者のみの世帯」とは、満70歳以上をいう。

「③介護者の障害・疾病」

- ・「介護者の障害」とは、身体障害者手帳の所持者をいう。
- ・「介護は困難」・・・介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合。
- ・「多少は介護」・・・介護者が障害や疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合。
- ・「介護は可能」・・・介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合を目安として判断する。

「④介護者が育児・家族が病気」

- ・「育児」とは、小学生未満の幼児・乳幼児を養育している場合をいう。

# 地域密着型特定施設入居にあたって

介護付有料老人ホーム おもしろ荘

入居者お一人おひとりの人格を尊重し、その人らしい暮らしが当施設において継続できるよう以下の項目についてのご協力をお願い致します。

## 1. 個別で用意して頂きたいもの

- ① 衣類の収納タンスや居室内でのテーブルや椅子が必要な方
- ② タオルやゴミ箱、ティッシュペーパーなどで個人で各居室において必要とするもの
- ③ 下着、パジャマなどで衣類の必要なもの(お名前を記入してください)
- ④ 洗面用具一式、髭剃り
- ⑤ 一般的なシャンプーや洗濯石鹸については、施設で準備しておりますが、特別なものを使用している方は個人で準備してください。

※ウール100%等の衣類は洗濯できないので控えて下さい。持ってきた際は職員に伝えるようにして下さい。

※預金通帳はお預かりできません。

## 2. 施設内の衛生管理及び感染予防対策のご協力についてお願いする事

- ① 寝具類一式(羽毛布団・肌掛布団・敷布団・シーツ・枕・枕カバー)については、衛生面、感染予防の観点から定期的に専門業者にてクリーニング等を行なうため施設にて準備させていただきます。(有料サービス 3,000円/月)
- ② 各居室にて使用するベッドについては、安全で安心な介護サービスを提供するために、介護専用ベッド(高さ調整、キャスター付)を準備させていただきます。  
また、個人で準備される場合には、搬入、搬出、定期点検等については、責任を持ち対応して頂くようお願いいたします。

## 3. 病院受診に関して

- ① 基本的にご家族での通院をお願いいたします。
- ② 家族の都合のつかない時は適宜ご相談下さい。  
但し、緊急時はご家族に連絡し、協力医院の往診、受診、搬送など、施設で責任をもって対応いたします。

## 4. 個別実費負担徴収について

- ① 訪問理美容、医療費、オムツ代などは各自かかった料金を実費にて個別に徴収いたします。  
(インフルエンザの予防接種などは医療費に含め徴収いたします。)

## 5. その他

- ① 面会時間は午前8時30分から午後8時の間とさせていただきます。
- ② 面会の方は面会簿にご記入頂き、職員に声をかけて頂き、又お帰りの際も職員などへ声をおかけ下さい。
- ③ 外泊、外出は事前に施設責任者あてにご連絡頂けるようお願いいたします。尚、ご家族の宿泊に関しても事前連絡をお願いいたします。
- ④ 体調不良(風邪など)などの症状がある方は感染症予防の観点から面会等お断りする場合があります。
- ⑤ 当施設において金銭管理は行いません。ただし、特別な事情がある場合は、金銭管理契約を結んだ上、月2万円以内お預かりする事ができます。

※ ご不明な点などがございましたら、当施設職員までご連絡下さい。