

特別養護老人ホーム東光園の入所希望の皆様へ

○入所対象者について

原則、要介護3以上の方に限定されます。

要介護1又は2の方については、【(※) 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】がある場合のみ、特例的に施設への入所が認められることとなります。

【(※) 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】

- ・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こと。
- ・知的障がい・精神障がい等を伴い、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こと。
- ・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・安心の確保が困難であること。
- ・単身世帯であること、同居家族が高齢又は病弱であること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こと。

○申込書類について

施設・病院へ 入所、入院中	① 入所申込書 ② 調査票 → 病院・施設の相談員、介護支援専門員等に記入をして もらって下さい ③ 介護保険被保険者証（コピー）
在宅の方	① 入所申込書 ② 調査票 → 介護支援専門員に記入をしてもらって下さい ③ 介護保険被保険者証（コピー） ④ サービス利用票（コピー） 直近3ヶ月分 ⑤ サービス利用票別表（コピー） 直近3ヶ月分

記入漏れがありますと入所判定の基準で点数化が困難な場合がございますので、提出の際は再度ご確認の上、ご提出願います。必要を全てそろえた上で、東光園へ持参もしくは郵送でお申込み下さい。

○変更の届出について

なお、入所申込者、申込後に介護者の状況や本人の状況などに変更が生じた場合は随時、変更の届出を行って下さい。

- ・要介護度に変更があった場合
- ・介護者の状況に変更があった場合
- ・在宅サービス利用率に変更があった場合
- ・在宅 ⇄ 施設入所、病院入院など居住地に変更があった場合
- ・入所希望を取り消す場合（他施設へ入所、辞退、死亡等） 等

お問合せ先 特別養護老人ホーム 東光園
返信先 〒721-0903 福山市坪生町 7606 番地
[TEL: 084-947-3300](tel:084-947-3300)

提出日 年 月 日

特別養護老人ホーム東光園 入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄 施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。 年 月 日 (入所申込者) 名前

申請者 (連絡先) 住所 名前 電話 () 携帯 () 入所申込者との関係

入所申込者の状況 フリカ、ナ 性別 保険者 被保険者番号 要介護状態区分 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 生年月日 年 月 日 要介護認定有効期間 年 月 日から 年 月 日まで 現住所 〒 - 状況 自宅一人で暮らしている 自宅家族で暮らしている 老健などの施設や病院に入っている (入所, 入院中の方は次の項目にご記入ください) ※施設名又は病院名: ※所在地: ※入所又は入院時期: 年 月頃 住環境 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 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、介護が困難 その他 () 特例入所の理由 [要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※在宅生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障がい・精神障がい等, 単身世帯・同居家族が高齢等により, 在宅生活が困難な状態であることがわかるように) 入所希望時期 今すぐ入所したい 年 月頃 (まで・以降) に入所したい 医療の状況 経鼻栄養 胃ろう 中心静脈栄養 (IVH) インシュリン注射 (回/日) じょく瘡 (床ずれ) 在宅酸素 バルーンカテーテル 人工肛門 その他 () 特養申込状況 当該施設のみ申込み 他の施設にも申込みをしている (申込みをしている施設名:) 介護保険料段階 第 () 段階 非課税世帯 課税世帯 居室の希望 多床室のみ 個室のみ どちらでも構わない

主介護者 フリカ、ナ 性別 本人との関係 名前 男・女 生年月日 年 月 日 同居有無 同居 別居 (同一市内 県内市外 県外) その他 ()

その他の介護者 名前 年齢 同居 別居 (同一市内 県内市外 県外) 入所申込者との関係 名前 年齢 同居 別居 (同一市内 県内市外 県外) 入所申込者との関係

調査票

記入日	年 月 日		記入者	名前		入所申込者との関係		
				所属				
				所属住所	〒			
				電話	() -			
入所申込者の状況	フリガナ		生年月日	年 月 日	施設記入欄			
	名前							
	現住所	〒						
	医療状況	現在治療中の病名						
		主治医病院名・病院住所・担当医師名						
在宅サービス利用率	() %	※申込日の属する月の前3か月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (少数点以下四捨五入) により算出						
入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可		移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器・つたい歩き) <input type="checkbox"/> 転倒しそうになる <input type="checkbox"/> 転倒する (【 回/日】【 回/月】) (骨折の既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	日常生活	<input type="checkbox"/> ほぼベッド上 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> ほぼ日常の生活をする			<input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) (立ち上がりの危険性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 有の場合 【 回/日】【 回/月】			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 眠剤使用			<input type="checkbox"/> 不可			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴)						
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養						
		主食: 米飯 オニギリ 軟飯 全粥 粥ミキサー 副食: 常食 一口大 軟菜 キザミ ミキサー ゼリー食	カロリー制限: 無 有 kcal 特別食() アレルギー: 無 有() 嚥下障害: 無 有(水分ロム <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有→[認知症高齢者の日常生活自立度: I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神障がい 有 <input type="checkbox"/> 知的障がい 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神障がい等に伴う行動や症状等を具体的に記載 (<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他、具体的に() 上記症状により <input type="checkbox"/> 常時見守り介護が必要 <input type="checkbox"/> 時々見守り介護が必要) <input type="checkbox"/> 特になし						

入所申込者の身体状況等	手帳の有無	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障がい名:)
		療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)
		精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)
	既往歴	<input type="checkbox"/> 脳梗塞(年) <input type="checkbox"/> 脳出血(年) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎(年) <input type="checkbox"/> 糖尿病(年) <input type="checkbox"/> 認知症(年)(アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型) <input type="checkbox"/> 高血圧(年) <input type="checkbox"/> その他疾患
日の過ごし方	午前	
	午後	
	夜間	
介護者の状況	※該当する状況にチェックし、具体的に記入してください(複数回答可)	
	介護者①:氏名(続柄:)、介護者②:氏名(続柄:)	
	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難	→ 週の労働時間(時間)
	<input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難	→ 介護者との関係()
	<input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難	→ <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 高齢 (歳) <input type="checkbox"/> 病名()
	<input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい有するなど十分な介護が困難	→ <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 障がい名()
<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院中で、介護が困難	→ 入院時期 (年 月より入院)	
<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない(※親族、身元引受人がいない)		
介護支援専門員等の意見	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容:)	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容:)	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容:)	
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容:)	
<input type="checkbox"/> その他 内容:)		
その他特記事項		

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している方が記入してください。