

## 入居申し込みのご案内

この度は「特別養護老人ホーム 礎」へお問い合わせを頂き、誠にありがとうございます。

入居をご希望される方は、下記をよくお読みいただいた上で入居申し込み手続きをすすめていただきますよう、お願い申し上げます。

当施設では、介護量やご家庭の状況から、サービスを受ける必要性が高いと認められる方が、優先的に入居できるよう、一定の評価基準に基づき、入居順番を決定しております。

### ◆ 要介護認定について

当施設への入居対象者は、金沢市の介護保険被保険者証において要介護度3～5の認定を受けている方に限られます。要介護認定を受けていない方は、認定申請を行う必要がございます。

### ◆ 提出書類

- 1、入居申込書（両面）
- 2、介護支援専門員意見書（両面）
- 3、入居希望者状態確認表
- 4、緊急連絡先
- 5、介護保険被保険者証の写し
- 6、直近3か月分のサービス利用票と別表の写し（サービス未利用の場合は不要です）

※2、3は、担当介護支援専門員または病院のソーシャルワーカー、看護師へ作成を依頼して下さい。

### ◆ 申し込み方法

提出書類がすべて揃いましたら、当施設まで直接お持込いただくか、郵送にて提出して下さい。

### ◆ 問い合わせ先

入居申し込み手順においてご不明な点があれば、お気軽にお問い合わせ下さい。

「特別養護老人ホーム 礎」

所在地： 〒920-0952 金沢市錦町2の27番地1

連絡先： TEL 076-254-5500

FAX 076-254-5559

入居申込書

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

特例入居の事由	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	----------------------------	----------------------------

申込者（連絡先）

〒	—
住所	
氏名	
電話	( ) ( )

入居希望者の状況	申込先 (入居希望施設)	<input type="checkbox"/> 輝 <input type="checkbox"/> 礎 ※複数選択可	保険者	
	(フリガナ)		性別	被保険者番号
	氏名		男・女	要介護度
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳	要介護認定 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	現住所	〒 —	TEL	( )
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地(市町村名) _____ ◇入所又は入院期間： 年 月 日から入所・入院している		
	介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難。 <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。 <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。		
	入居希望時期	<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		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】  【かかりつけ医】 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 医療機関所在地 _____ TEL ( )		
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ※該当する場合は、障害者手帳(写)等を提出してください。		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <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。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )			
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との 関係
	氏名		男・女	生年月日
	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: 〒 — TEL — )		
	意見	【介護しているうえで困っていること等】		
同意書	この申込書の内容を必要に応じて、県又は市町に報告することに異議なく同意します。 令和 年 月 日 氏名: _____ 印			

※「特例入居の事由」欄で「有」となる場合は、裏面にその事由について記載してください。  
 ※「被保険者証(写)」「直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。  
 ※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

( 裏 面 )

特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄）

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 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
- 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

●該当する事由の具体的内容について記載してください。

介護支援専門員意見書

申込先(入居希望施設) ※複数選択可

- 特別養護老人ホーム 輝  
 特別養護老人ホーム 礎

記入日 令和 年 月 日

入居希望者	(フリガナ)	男 ・ 女	〒 —
	明・大・昭 年 月 日 ( )歳		
上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。			
介護支援専門員名 _____			
居宅介護支援事業所名 _____		TEL — —	
居宅介護支援事業所所在地 _____		FAX — —	

意見記入欄

【本人の状態】

- 要介護度: 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
- 認知症高齢者の日常生活自立度 (※特例入所の場合のみ記入): 正常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M
- 知的障害・精神障害等の程度: 有 ・ 無  
 有の場合:療育手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 ・ 身体障害者手帳 級  
 その他( )
- その他( )

【本人の心身の状況及び生活の状況】

【家族・介護者等の状況】

【在宅生活継続の可能性】

**※裏面もあります。ご記載ください。**

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がない場合は、他の適当な方(病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等)が記載して下さい。但し、他の適当な方がいない場合は不要です。

施設記入欄		
評価基準	評価点数	総合評価
要介護度		
介護者の状況		
居宅サービス利用状況		
合計		
入居判定会議		開催日 年 月 日

特例入居の要件に該当する事由について

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 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
- 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

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。

## 入居希望者状態確認表

令和 年 月 日 現在

ふりがな				性別	生年月日		年齢	要介護度		
氏名				男・女	M. T. S 年 月 日			要介護		
起立・移動	起立状況	立ち上がれる・介助があれば立ち上がれる・立ち上がれない								
	使用品	杖・歩行器・シルバーカー・車いす・リクライニング型車いす・他								
	移動状況	ひとりで歩ける・見守り必要・一部介助必要・全介助					転落歴	有・無		
	転倒	よく転ぶ・時々転ぶ・転ばない			転倒歴	有・無		骨折歴	有・無	
	特記事項									
排泄	排泄方法	トイレ・ポータブルトイレ(常時・夜間のみ)・オムツ・バルーン・ストマ・他								
	排泄状況	自分で可能・見守り必要・一部介助必要・全介助								
	使用品	尿取りパット・紙パンツ・紙オムツ・他								
	特記事項									
食事	主食	軟飯・粥・ミキサー・他				家族構成(キーパーソン☆)				
	副食	軟菜・キザミ・ミキサー・他								
	補助食品	不要・要( )								
	嗜好品	牛乳・お茶・コーヒー・他								
	アレルギー									
	治療食	不要・要	胃瘻	内容						
	使用具	箸・スプーン・エプロン・他								
	摂取状況	自分で可・見守り要・一部介助・全介助								
	むせ	むせる・時々むせる・むせ無 / とろみ 有・無								
	特記事項									
整容	着脱状況	自分で可能・見守り必要・一部介助必要・全介助 / 洗顔 流水・蒸しタオル								
	口腔ケア	自分で可能・見守り必要・一部介助必要・全介助					義歯	有・無 / 上・下		
入浴	方法	一般浴・座位式リフト浴・臥位式機械浴・他					特記事項			
	洗身状況	自分で可能・見守り必要・一部介助必要・全介助								
	洗髪状況	自分で可能・見守り必要・一部介助必要・全介助								
認知症状	夜間不眠	よくある・時々ある・ない		徘徊	よくある・時々ある・ない					
	異食	よくある・時々ある・ない		大声を出す	よくある・時々ある・ない					
	特記事項									
疾病	主な病気					内服内訳				
	特記事項									
職歴				趣味						
視力	見える・大きなものは見える・殆ど見えない・全く見えない									
聴力	聞こえる・大きな声なら聞こえる・殆ど聞こえず・聞こえず									
眼鏡	使用・未使用	補聴器	使用・未使用	身長	cm		体重	kg		
その他										

# 緊急連絡先

入居者氏名 \_\_\_\_\_  
住所 〒 \_\_\_\_\_

\* 緊急時の連絡順にご記入下さい。

①、②は必ずご記入をお願いします。

①	氏名		続柄	
	住所	〒		
	連絡先		勤務先	
	携帯電話			

②	氏名		続柄	
	住所	〒		
	連絡先		勤務先	
	携帯電話			

③	氏名		続柄	
	住所	〒		
	連絡先		勤務先	
	携帯電話			

④	氏名		続柄	
	住所	〒		
	連絡先		勤務先	
	携帯電話			

特別養護老人ホーム 礎

〒920-0952 金沢市錦町2の27番地1

電話:076-254-5500 FAX:076-254-5559