

## 入所のお申込みについて

聖明園 寿荘

当園への入所を希望される場合は、以下の書類を当園までご提出下さい。ご持参頂いても郵送でも結構です。

- ① 「特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書」
- ② 「介護支援専門員意見書」
- ③ 入所相談受付表
- ④ 介護保険証の写し
- ⑤ 身体障害者手帳写し（お持ちの方）

書類の到着をもってお申込みの受付とさせていただきます。

尚、ご入所は「青梅市介護老人福祉施設入所指針」に基づき、「入所の必要性の高さを判断する基準」による優先度の判定と当園の入所検討委員会での審査により決定してまいります。

ご不明の点、詳細につきましては下記までお問い合わせ下さい。

園内の見学等を希望される方は、事前にご連絡下さいますようお願いいたします。

（日曜・祝日はご案内できる職員がおりませんのでご了承ください）

**☆申込書にご記載いただいた内容に変化が生じたり、申し込みを取り下げる場合は、必ずその旨をお知らせ下さい。**

### 【お問い合わせ・連絡先】

〒198-8531 東京都青梅市根ヶ布 2 丁目 724 番地 聖明園寿荘

TEL 0428-24-5702

受付担当：生活相談員

入所相談受付表 NO.

聖明園(■寿荘 □富士見荘)

<input type="checkbox"/> 相談受付	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 面接日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 待機決定	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入所受付日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> ご見学日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入所日	令和 年 月 日
利用者氏名		男 女	(明治・大正・昭和) 年 月 日( 歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 同居( ) 〒 電話番号:		
要介護度	要介護区分:要介護 認定年月日: 年 月 日 有効期間 : 年 月 日~ 年 月 日		

申込者	<input type="checkbox"/> 家族(続柄 ) <input type="checkbox"/> 代理人( ) 氏名: _____ 電話番号: _____ 住所: 〒		
他連絡先	<input type="checkbox"/> 利用者との関係(続柄 ) 氏名: _____ 電話番号: _____ 住所: 〒		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で介護中 <input type="checkbox"/> 病院に入院中 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 老人保健施設に入所中( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
健康保険証	<input type="checkbox"/> あり(社保・国保・後期高齢・生保) <input type="checkbox"/> なし		
身体障害者 手帳	<input type="checkbox"/> あり	等級	種 級
	<input type="checkbox"/> なし	障害名	
年金	<input type="checkbox"/> 受けている ( 年金・月額 約 円 ) <input type="checkbox"/> 受けていない		
備考	----- ----- -----		

※裏面の病歴・身体状況(一カ所のみで結構です)もご記入ください

<b>備考</b>				
<b>病歴</b>				
<b>身体状況</b> ( )	視力	眼鏡(有 無)	食事	義歯(有 無)
	聴力		排泄	
	発語		入浴	
	歩行		着脱衣	
	認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
<b>身体状況</b> ( )	視力	眼鏡(有 無)	食事	義歯(有 無)
	聴力		排泄	
	発語		入浴	
	歩行		着脱衣	
	認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
<b>身体状況</b> ( )	視力	眼鏡(有 無)	食事	義歯(有 無)
	聴力		排泄	
	発語		入浴	
	歩行		着脱衣	
	認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

## 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書兼調査書

青梅市内の指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入所を申し込まれた全ての方に、申込書をご記入頂いています。ご協力をお願いします。この申込書の内容をもとに入所して頂く優先度を決めております。なお、申込書の際には介護保険証・身体障害者手帳(お持ちの方)のコピーを同封してください。お名前・ご住所をご記入のうえ、該当する個所に○をつけて下さい。

記入者ご氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

記入者ご住所 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

ふりがな		性別	男	女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	満	歳
入所者ご本人のお名前											
入所者ご本人の住所	〒										
要介護度	※	※	1	2	3	4	5	身体障害者手帳		級	障害名
<p>※ 要介護度が1又は2に○をされた方は、下記の<input type="checkbox"/>チェック項目の確認をお願いします。</p> <p>要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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こと</p> <p><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・安心の確保が困難な状態であること</p> <p><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こと</p>											
同居の方について	ひとり暮らし _____ 歳										
	ご夫婦のみ(相手の方の年齢 _____ 歳)										
主に介護されている方について	同居人がいる _____										
	介護されている方は _____ いる _____ いない										
	主に介護されている方は _____ 健康 _____ 病弱 _____ 病気で治療中 _____ 障害がある										
介護を手伝う方について	主に介護される方は _____ 働いている _____ 働いていない										
	介護を手伝う方が _____ いる _____ いない										
お住まいについて	手伝う方がいる場合 _____ 親族 _____ 近所の方 _____ その以外のかた( _____ )										
	今のお住まいは _____ 自宅 _____ 自宅以外 _____										
介護する上での住宅の問題について	自宅以外にお住まいの方 _____ 戻る自宅が _____ ある _____ ない _____ 立ち退きを求められている _____ 家屋の老朽化が著しい										
	自分の部屋が _____ ある _____ ない _____										
	エレベーターのない集合住宅の3階以上に住んで _____ いる _____ いない _____										
その他あてはまるもの	自分の部屋と同じ階にトイレや風呂が _____ ある _____ ない _____										
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 その他の住宅の問題点を具体的に _____             </div>										
その他あてはまるもの	徘徊 _____ 暴力行為 _____ 不潔行為 _____ 異食 _____ 大声や奇声 _____										
	その他の行為(具体的に _____ ) _____										
	医療器具を使っている(具体的に _____ ) _____										
病気がある(具体的な病名 _____ ) _____											

裏面にもご記入ください。

現在受けておられる介護のようすについて

ご自宅以外での 介護や治療	現在おられるのは	病院	老人保健施設	介護療養型医療施設
		養護老人ホーム	軽費老人ホーム	ケアハウス
		有料老人ホーム	グループホーム	その他( )
	○施設の名称			
	○入所・入院開始日	年	月	日 ~
ケアプランなど について	ケアプランは、	作っている	作っていない	
	相談できる介護支援専門員は	いる	いない	
	介護支援専門員の氏名			
	連絡先(会社名)		電話	( )
その他	在宅サービスは、	使っている	使っていない	
	今後の利用は、	今のままでよい	もっと増やしたい	
		サービスや使い方を改善したい		
		具体的に( )		

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、この申請書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定する介護支援専門員へ提供することを同意します。

令和 年 月 日

氏名

印

(代筆者:

)

聖明園寿荘

**介護支援専門員意見書**

入所申込者氏名			被保険者番号											
ケアプランについて	在宅サービス利用率		%											
	利用しているサービス													
	サービス名							利用回数等						
サービスに対するご本人またはご家族の希望等														
ご本人の状況	1 身体の状態について													
	2 認知症について													
	認知症高齢者の日常生活自立度 ( ) ※できれば主治意見書記載の度数													
	3 疾患等について													
その他 留意すべきこと														

担当介護支援専門員 氏名	
事業所 (連絡先電話)	

# 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書兼調査書

青梅市内の  
ご記入頂い  
なお、申込書  
お名前・ご住

## 記入見本

（特別養護老人ホーム）への入所を申し込まれた全ての方に、申込書をご記入いただき、申込書の内容をもとに入所して頂く優先度を決めております。お持ちの方のコピーを同封してください。

今後、入所に際してのご相談を頂ける方のお名前・連絡先をご記入下さい。（ご家族他）

記入者ご氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
 記入者ご住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

ふりがな		性別	男	女	生年月日	明治 大正 昭和	入所を希望されている方 ご本人についてご記入下さい。
入所者ご本人のお名前							
入所者ご本人の住所	〒 _____						
要介護度	1	2	3	4	5	身体障害者手帳	級
同居の方について	ひとり暮らし _____ ご夫婦のみ(相手の方) _____						
主に介護されている方について	介護されている方は _____		いる		いない		
	主に介護されている方は _____		健康		病弱		
	主に介護される方は _____		働いている		働いていない		
介護を手伝う方について	介護を手伝う方 _____		いる		いない		
	手伝う方がいる場合その方 _____		親族		近所の方		その他のかた
お住まいについて	今のお住まいは _____		自宅		自宅以外		
	自宅以外にお住まいの方 _____		ある		ない		
	戻る自宅が _____		立ち退きを求められている		家屋の _____		
介護する上での住宅の問題について	エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる _____ 自分の部屋 _____ 自分の部屋他は別の階にトイレや風呂がある _____ (その他具体的に _____)						
その他あてはまるもの	徘徊		暴力行為		不清行為		異食
	その他の行為(具体的に _____)						
	医療器具を使っている(具体的に _____)						
	病気がある(具体的な病名 _____)						

ひとり暮らしでない場合は、介護される方は「いる」に記入して下さい。ホームヘルパーさん、施設職員など含まれません。

現在、病院や施設でご生活されている場合は、その前の状況をお書き下さい。

### 現在受けておられる介護のようすについて

ご自宅以外での介護や治療	現在おられるのは	病院	老人保健施設	介護療養型医療施設
		養護老人ホーム	軽費老人ホーム	ケアハウス
		有料老人ホーム	グループホーム	その他( _____ )
	○施設の名称			
	○入所・入院開始日	年	月	日 ~
ケアプランなどについて	ケアプランは、	作っている	作っていない	
	相談できる介護支援専門員は	いる	いない	
	介護支援専門員の氏名			
	連絡先(会社名)	電話 ( _____ )		
	在宅サービスは、	使っている	使っていない	
	今後の利用は、	今のままでよい	もっと増やしたい	
		サービスや使い方を改善したい		
		具体的に( _____ )		

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、この申請書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定する介護支援専門員へ提供することを同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

介護支援専門員意見書

入所申込者氏名	被保険者番号																			
ケアプランについて	在宅サービス利用率		%																	
	利用しているサービス																			
	サービス名		利用回数等																	
<p><b>この用紙は、ご担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)に記入のご依頼をしてください。</b></p> <p><b>現在ご入院されてる場合や他の施設にご入所中の場合は、看護師の方や施設の担当職員の方へ記入のご相談をお願いします。</b></p> <p><b>※記入方法や介護支援専門員(ケアマネージャー)について、ご不明の場合には、お気軽に下記へご連絡ください。</b></p> <p><b>聖明園寿荘 生活相談員 TEL 0428-24-5702</b></p>																				
ご本人の状況	1 身体の状況について		できるだけ詳細にご記入ください。																	
	2 認知症について		できるだけ詳細にご記入ください。 <b>認知症高齢者の日常生活自立度 ( )</b>																	
	3 疾患等について		できるだけ詳細にご記入ください。																	
その他留意すべきこと																				

認知症高齢者の日常生活自立度は、可能なら主治意見書に記載された、主治医の判断した度数でお願いします。不明の場合は空欄で結構です。

担当介護支援専門員 氏名	
事業所 (連絡先電話)	