

入所申込みご希望者様

- ※ 要介護 1 から要介護 5 の認定を受けている方がご利用になれます。
但し、要介護 1 又は 2 の認定を受けている方は特例入所の要件に該当しているかを確認させていただきます。
- ※ 下記の方のお申込みは受付しておりません。
 - ・在宅酸素の必要な方
 - ・インシュリン注射を行っている方
 - ・IVH 管理の必要な方
- ※ 料金は料金一覧表を参照してください。

お申込ご希望の場合は、以下の書類をご用意ください。

- 入所申込書（ご記入漏れの無いよう詳しくお願いします。）
- 介護保険被保険者証（写し）
- 健康診断書（写し）
 - ※ 6ヶ月以内の健康診断書をお願いいたします。
 - ※ 健康診断書がない場合は「さいたま市介護保険サービス情報提供パス」を主治医の先生にお渡しください。
- 直近のサービス利用票（写し）
 - ※ 入院・介護保険施設などへ入られている方は当該施設に入所する前のサービス利用票をご用意ください。

※ご提出頂いた書類をもとに、入所判定委員会にて判定させていただきます。

※お知らせいただいた個人情報について、個人情報保護に関する法令を守り適切に取り扱います。

※ 施設見学についてのご相談もお受けしておりますので、お問い合わせください。

特別養護老人ホーム 白寿園

T E L 048-878-1800

F A X 048-878-1809

担当：安東・金田

特別養護老人ホーム入所申込書

申 込 日	令和 年 月 日
受 付 日	令和 年 月 日

特別養護老人ホーム白寿園施設長 様

【提出者】

住 所	〒	
(フリガナ) 氏 名		本人との関係
電話番号	()	

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介護認定 期 間		年 月 日から 年 月 日まで
	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給あり (市) <input type="checkbox"/> 受給なし			
	認知症等による行動障害 (別表1参照)	ときどき見られる行動の番号： 頻繁に見られる行動の番号：			
	心身の状況	1 障害有 (障害の種類： . 級) 2 なし			
	入所を希望する理由 (※1)	1 主たる介護者 ①ない (音信不通を含む) ②長期入院、施設入所によりいない () 2 主たる介護者がいるが介護が困難 (複数回答あり) 理由 ①高齢 ②障害者 ③複数の要介護者がいる※2 ④就業 ⑤育児 () 3 地域の介護サービス等に不足がある (複数回答あり) ※3 ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 () 4 その他 ()			
	日常生活	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器・シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル			

※1 入所を希望する理由 () 内には、その具体的理由を記入してください。

※2 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を () 内に記入してください。

※3 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

特別養護老人ホーム入所申込書

本人の状況	医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号（複数回答あり） 1 点滴 2 中心静脈栄養 3 透析 4 人工肛門 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開 8 疼痛看護 9 経管栄養 10 モニター測定 11 褥瘡 12 カテーテル 摂取している薬及びその頻度 _____				
	病歴	（今までかかった病気・現在治療中の病気）				
	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅で独居 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 長期でショートステイ利用中 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 病院 入院・入所中の方は病院名・施設名・連絡先を以下にご記入ください。 病院・施設名称 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____（ _____ ） 入院・入所開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
介護者の状況	主たる介護者	（フリガナ） 氏名			性別 男・女	本人との関係
		生年月日	大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）			
		同居区分	1 同居 2 別居（ _____ ）			
	従たる介護者	（フリガナ） 氏名			性別 男・女	本人との関係
		生年月日	大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）			
		同居区分	1 同居 2 別居（ _____ ）			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間					
	他の家族等	氏名	続柄	年齢	同居・別居	介護への協力
						可能・多少可能・困難
					可能・多少可能・困難	
					可能・多少可能・困難	
					可能・多少可能・困難	
					可能・多少可能・困難	
主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態			
	有（常勤・パート） 無	有（ _____ 人 _____ 歳） 無	良好 不良（ _____ ）			
			主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良（ _____ ）			

その他	入所を希望する時期	1 今すぐ 2 年 月頃までには、入所したい
	申込の状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地： 施設名：
	待機月数	年 月
	やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由 (要介護1又は2の方のみ)	該当する特例入所の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ※別紙をご確認の上、該当する要件を選択してください
説明 確認 承認	<p>私は、入所申込の際、入所に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。</p> <p>また、特例入所の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p>	
【ご本人の状態やご家庭の状況についてご記入ください】		

※被保険者証（写）、サービス利用表（写）及びサービス利用表別表（写）（概ね直近3カ月分）を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。

別表 1

認知症等による行動障害	1 徘徊 2 外出して戻れない 3 被害的 4 大声を出す 5 介護に抵抗 6 収集癖 7 一人で出たがる 8 物や衣類を壊す 9 昼夜逆転 10 作話 11 感情が不安定 12 同じ話をする 13 落ち着きなし 14 ひどい物忘れ 15 独り言・独り笑い
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※「ときどき見られる行動」については、少なくとも1カ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる行動を記載してください。

※「頻繁に見られる行動」については、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる行動を記載してください。

特例入所の要件

- ア 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
- イ 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
- ウ 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こと
- エ 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