

# 特別養護老人ホーム実恵園 入所申込書

法 目 決 裁 欄	施設長	副施設長	総務課長	業務課長	在宅課長	医療課長	担当者	受付者	No.
真 名 決 裁 欄	施設長	総務課長	業務課長	在宅課長	医療課長	担当者	受付者		

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒： —

住所：

氏名：

電話： — —

特別養護老人ホーム 実恵園 ・ 真名実恵園 に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	申し込み先 (入所希望施設)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム実恵園 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム真名実恵園	保 険 者	
	(フリガナ)		性別	
	氏 名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日( )歳	要介護度	1・2・3・4・5
	現住所	〒 —	要介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所・入院している		
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <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なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他( )		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】		
	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)		本人との関係	
	氏 名		生年月日	大・昭・平 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： _____ )		
意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

特別養護老人ホーム 実恵園  
特別養護老人ホーム 真名実恵園 施設入所調査票

実恵園入所申し込みにあたり、入所希望者およびご家族の状況を把握するために、つぎの質問にお答えください。尚、虚偽の回答をされますと、入所の決定に支障がでてしまいますので、入所をお断りする場合がございます。ありのままをお答えくださいますよう、お願い申し上げます。

1. 入所希望者の要介護度は次のうちどれですか。あてはまる□に✓印をつけてください。

要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

2. 入所希望者の日常生活の自立度は、次のうちどれですか。

最も近いと思われる□に✓印をつけてください。

認知症状は有さない。(自立)

何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。

(認知症高齢者の日常生活自立度：I)

家庭外において、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。(自立度：IIa)

上記の症状が、家庭内でも見られる。(自立度：IIb)

日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。(自立度：III以上)

※ 施設に入所している方は、以下の3～12の質問について、在宅に戻ったと想定してお答えください。

3. 入所希望者はどなたとお住まいですか。あてはまる□に✓印をつけてください。

独居 高齢者のみ その他

4. 主に介護している方の入所希望者から見たご関係と年齢をお答えください。

①続柄 ( ) ②年齢 ( ) 歳

5. 主に介護している方は、介護することに対し、どの程度負担がありますか。

重い やや重い 軽い 負担なし

6. 主に介護している方に障害や疾病があつて、次のような状態にあてはまる場合は、□に✓印をつけてください。

排泄、入浴、移動、着替え、食事など日常生活動作全般の援助が困難。

援助は困難であるが、上記のうち2つ程度の援助はできる。

障害や疾病はあるが、援助できる。

障害や疾病はない。

7. 主に介護している方は、何か仕事をしていますか。  
どの程度仕事をしているか、最も近いものを次の中から選んでください。  
 1日8時間以上       1日4～8時間       1日4時間未満  
 高齢のため仕事ができない       高齢ではないが仕事はしていない
8. 主に介護している方は、育児や他の人の看病をしていますか。  
 常時している       半日程度している       ときどきしている       していない
9. 主に介護している方は、積極的に介護していると思いますか。  
 積極的にしている       普通       あまり積極的でない       消極的である
10. 主に介護している方以外に、同居している方で介護に協力してくれる人はいますか。  
また、どの程度協力してくれますか。  
 週4日以上協力       週1～3日程度協力       ほとんどなし、あるいは協力者なし
11. 主に介護している方以外に、別居している親族の方で介護に協力してくれる方はいますか。  
また、どの程度協力してくれますか。  
 週4日以上協力       週1～3日程度協力       ほとんどなし、あるいは協力者なし
12. 主に介護している方以外に、近隣の方で介護に協力してくれる方はいますか。  
また、どの程度協力してくれますか。  
 週4日以上協力       週1～3日程度協力       ほとんどなし、あるいは協力者なし
13. 別紙申込書に「施設や病院に入っている」と記入された方は、その施設から退院・退所するように言われていますか。  
 言われている（      年      月頃まで）       言われていない
14. 他に要介護者いる場合は、設問1～2の基準に沿って、以下の部分にもご回答ください。  
（対象者の続柄：      要介護度：      自立度：      ）
15. その他、特にお困りのことや、特別な事情がありましたらご記入ください。

記 入 日                      年      月      日

記 入 者      \_\_\_\_\_ ⑩      続 柄      \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。

# 情報提供承諾書

社会福祉法人 豊裕会  
特別養護老人ホーム 実恵園  
特別養護老人ホーム 真名実恵園

私 \_\_\_\_\_ は、本申し込みにおいて下記に関する個人情報の提供に同意します。

## 記

1. 入所検討をするにあたり体調・状況等について、施設や医療機関等の外部機関に情報提供を求める場合

承諾日            年    月    日

承諾者    住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ④

代筆者    住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ④    続柄 \_\_\_\_\_

# 特別養護老人ホーム実恵園 入所までの流れ

## 入所対象者

実恵園が入所申込書を受理し、介護保険法に定める要介護区分の要介護度1から5と認定された方で、常時介護を必要とし、かつ居宅において介護を受けることが困難な方が対象となります。

## 問合せ・見学・相談

担当者が対応致しますので、お気軽にご来園下さい。但し、事前にお電話いただけると幸いです。

電話番号 … 0475-34-5808

対応時間 … 9:00~17:30

★ 相談等については「個人情報に関する基本規程」に基づき、プライバシーに十分配慮して行います。

## 入所申込

特別養護老人ホーム入所申込書及び施設入所調査票に必要事項を記入の上、施設に提出してください。

## 入所待機順位決定

『千葉県指定介護老人福祉施設の入所に関する指針』を基準に、施設入所調査票の内容から順位を決定します。

## 入所検討委員会

入所待機順位名簿に基づき、施設の専門性、男女別構成比、地域性等を考慮しながら第三者委員を含む、複数の職員で次期入所候補者の検討・決定を行います。

## 実態調査

次期入所候補者やそのご家族の方々に直接お会いし、ご本人のより詳しい身体状況や精神状況、ご家族の環境・状況等を伺わせていただきます。

## 入所・契約

空床がでた時点で、入所候補者の方もしくはそのご家族に連絡をし、入所の日程調整と入所前オリエンテーションを行い、施設利用契約を結びます。

★ 地域福祉権利擁護事業及び成年後見制度の利用をご希望の方は、お気軽にお問合せください。

★ 運営規程、個人情報に関する基本規程等、諸規程が閲覧できます。ご希望の方は担当者にお申し出ください。

## 入所申し込みをされた方へのお願い

このたびは当施設に入所申し込みをしていただき、ありがとうございます。

入所申し込みにあたり、下記の点についてご理解、ご協力をお願い申し上げます。

### 記

- ・当施設に入所された場合、原則としてご本人の住所を施設に異動していただきます。
- ・入所後は、預かり金管理規程に基づき、ご本人名義の銀行口座を開設し、利用料その他の支払を預かり金として管理させていただきます。（おおむね利用料の3か月分程度をお預けください）
- ・ご本人やご家族の状況に変化があった場合は、ご一報ください。  
例) 要介護度の変更、病院への入退院、他の施設への入退所、  
介護者の状況の変化、連絡先の変更等  
(入所検討委員会での検討材料となります)
- ・できるだけ他のご家族ともご相談ください。
- ・ご不明な点がございましたら、何でもご相談ください。

以上

申込受付日 令和 年 月 日

担当者

連絡先 0475-34-5808

社会福祉法人 豊裕会  
特別養護老人ホーム 実恵園  
特別養護老人ホーム 真名実恵園

〒299-4113

茂原市法目2672-1

特別養護老人ホーム実恵園

入所担当 行

〒297-0077

茂原市真名675-2

特別養護老人ホーム真名実恵園

入所担当 行

\* ↑は郵送の際に宛名としてお使いください。

\* お送りいただく際には用紙右下の数字、①～④までをお送りください。

\* 1枚目の連絡先欄には、連絡のつきやすい電話番号を書いてください。