

「ふなはし荘入所申し込み」についてのお願い

○入所申し込みの書類は2枚あります。

① 特別養護老人ホームふなはし荘入所申込書

太線の枠内 できるだけ詳細にご記入ください

② 緊急連絡先・家系図

尚、以下の書類を添付してご提出ください

① 介護保険被保険者証の写

② 過去1ヶ月間に在宅サービスを利用された方はサービス利用票別票の写

③ 介護支援専門員意見書・日常生活動作情報提供書

担当の介護支援専門員にご相談ください

お申し込みは、必ず下記にご連絡後、ご家族等の代理人またはご本人が直接ふなはし荘の窓口に提出してください。富山県特別養護老人ホーム入所指針による入所順位決定方法等について説明させていただきます。また、申込内容等に変化が生じた場合は施設に申し出てください。

分からないことがございましたらご連絡ください。

TEL 076-462-9888 担当 嶋田

※ 特養入所申込書の記載について

「申込者」： 本人又は本人を代理する家族等になります。

「今後の連絡先」： 本人又は本人を代理する家族などで確実に連絡が取れる方。

「被保険者番号」： 介護保険被保険者証の被保険者番号を記入ください。

「要介護度」： の要介護状態区分等の要介護度を記入ください。

「身体障害者手帳の有無」： 有・無を○で囲んでください。 () 内には手帳名を記入ください。「現況」： 該当する番号を○で囲んでください。

施設又は病院等に入所（院）中の場合は施設名又は病院名を記入ください。

「入所申込の理由」： 該当する項目に（レ）を入れてください（複数可）。

「医療の状況」： 該当する項目に（レ）を入れてください（複数可）

「他施設等申込状態」： 有・無を○で囲んでください。

有に○の場合、参考までに施設名を記入ください。

「主たる介護者」： 主に介護を行っている方について記入ください。

また、同居、別居のいずれかを○で囲んでください。

施設、病院に入所（入院）中の方は退所（院）後、予定される主たる介護者を記入ください。自宅に戻っても介護者がいない場合は氏名欄に「介護者なし」と記入ください。

「同居家族構成」： 摘要欄に、就業、大学生、高校生、中学生、小学生、就学前等と記入ください。

「説明・同意」： 申込者は施設より入所について、説明を受け、同意してください。

* 申込みは、本人又は家族等の代理人が直接施設の窓口に提出してください。なお、介護保険被保険者証をご持参ください。

(様式例 1)

特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム

施設長

様

受付日 年 月 日

特別養護老人ホームに入所を申込みます。

本人の状況	フリガナ				性別	申込者	フリガナ				続柄	
	氏名				男・女		氏名					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)										
	住所	〒 TEL			住所		〒 TEL					
	今後の連絡先	住所〒						氏名				
	身体障害者手帳等の有無 有 · 無 ()				精神障害者手帳等の有無 有(等級: 級) · 無			指定医療費(指定難病)受給者証の有無 有 病名() · 無				
	被保険者番号											
	要介護度	1	·	2	·		3	·	4	·	5	
	現況	1 自宅で独り暮らし 2 高齢者世帯 3 家族と同居 4 施設又は病院に入所(院)中 <u>施設名又は病院名</u> 5 その他()										
	入所申込の理由 (該当するものすべてを選んでください。)	<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」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ので、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。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難。 <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。 <input type="checkbox"/> その他()										
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				() [] <small>【現在受診している病院・診療所名及び科名】</small>							
他施設等申込状況	有 · 無	有の場合施設名をご記入ください。 1 2 3 4										
主たる介護者	フリガナ				生年月日	本人との続柄		同居の区分				
	氏名					·	·	同居・別居				
	身体障害者手帳等の有無		有 · 無 ()		要介護認定の 有無	有 · 無		支援 支援 1 · 支援 2 · 1 · 2 · 3 · 4 · 5				
同居家族構成	氏名		続柄	摘要	氏名		続柄	摘要				
説明・同意	入所指針により、入所順位決定方法について説明を受けましたので、同意し、入所を申込みます。 令和 年 月 日											
	申込者氏名											

主たる介護者の意見	「家庭での介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。
-----------	------------------------------------

【要介護1又は要介護2の方の申込みの場合は、下記についても記入してください】	
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のやむを得ない事由（下記ア～エ）のうち、該当する項目にチェックのうえ、具体的な状況を記入してください。	
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ア 認知症であって、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。<input type="checkbox"/> 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<input type="checkbox"/> ウ 家族等から深刻な虐待を受けていること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。<input type="checkbox"/> 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。	
<u>具体的な状況</u>	

特別養護老人ホーム入所申込書について、富山県又は市町村から求められた場合や富山県又は市町村に報告する必要がある場合には、提出することに同意します。

令和　年　月　日

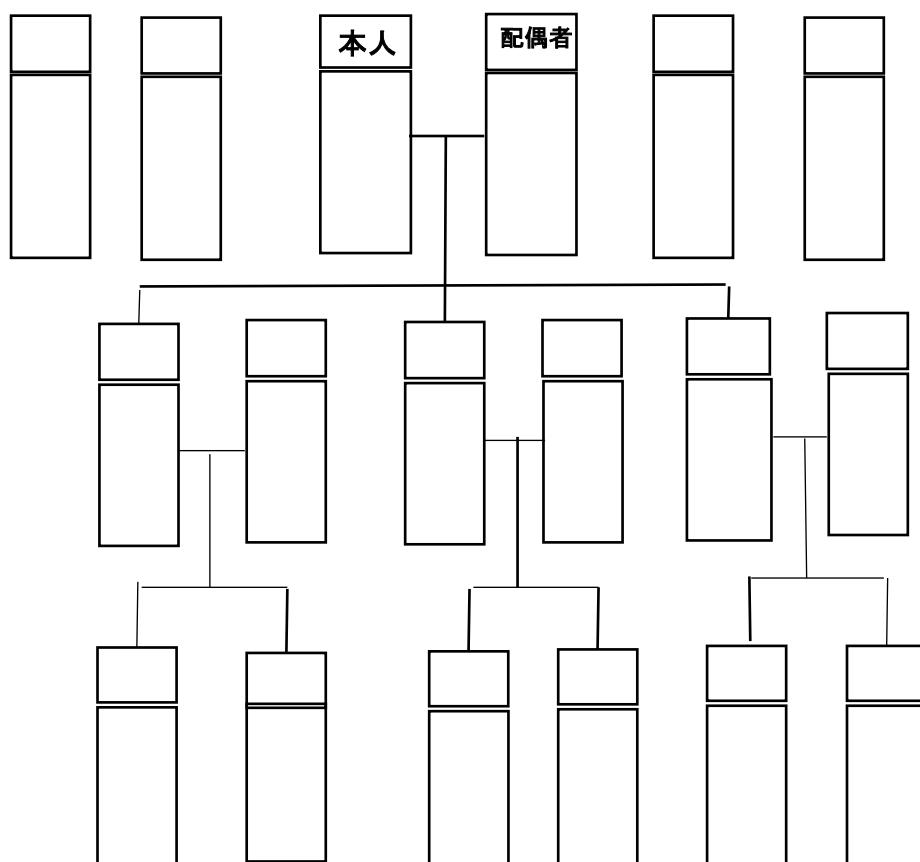
申込者氏名

※ 記載方法については、別紙を参考ください。

緊急連絡先

身元引受人	氏名	続柄	同居の有無	住所	電話番号 (自宅・勤務先・携帯)

家系図



備考	

(様式例 3)

介護支援専門員意見書

令和 年 月 日現在

入所申込者氏名		所属事業所名	TEL
入所申込者住所	TEL	介護支援専門員等 氏名	

次の事項について、把握されている範囲で記入をお願いします。

1 本人の状態

- ア 要介護度：要介護度 1・2・3・4・5
- イ 認知症の有無：認知症高齢者日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
- ウ 行動障害等の有無：有（内容：）・無
- エ その他(入浴、排泄、食事、基本動作等 ADL、認知症の周辺症状などについて具体的な事項など)

2 本人の生活等の状況（在宅サービス等の利用状況）

- ア 在宅サービスの利用状況（直近1ヶ月の在宅サービス利用状況）

訪問介護	通所介護	訪問看護	短期入所生活介護	短期入所療養介護
単位	単位	単位	単位	単位
訪問入浴	訪問リハビリテーション	通所リハビリテーション	福祉用具貸与	その他()
単位	単位	単位	単位	単位

- イ その他（居所の状況、本人の現在の生活に対する訴え等）

3 家族・介護者等の状況

- ア 主介護者の状況（主介護者の有無、健康状態等）

- イ 主介護者の介護の関わり（就労、育児等による介護可能時間の有無）

- ウ 主介護者以外の家族等の協力状況

- エ 住環境（劣悪な住環境、バリアフリー対応等）

- オ その他（介護者の心的負担の状況、経済状況、本人の現在の生活に対する訴え等の特記事項）

4 在宅（現在の居所）での介護の継続について（下記から選択願います）

- 現在の状況で継続可能
- 在宅サービスの追加等で継続可能
- 在宅介護の継続は困難（※下記に具体的な理由を記載願います）

【在宅介護の継続が困難な具体的な理由】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員が関わっていない場合には、他の適当な者（病院のソーシャルワーカー、他の施設の介護支援専門員、生活相談員等）にご協力を求めてください。

日常生活動作情報提供書

記入日 R 年 月 日

氏名	年齢	所属事業所
様(男・女)	歳	
住所	生年月日	介護支援専門員等氏名
	M・T・S	

既往歴・現在治療中の病気	既往歴・現病歴 : 内服薬の内容 :
食事	食事形態 : 主食 副食 、制限食の有無 : 嚥下状態(トロミの有無) : 介助の状況 :
排泄	尿意・便意の有無 : 日中 : 布パンツ 紙パンツ 紙オムツ パッド 介助の状況 : 夜間 : 布パンツ 紙パンツ 紙オムツ パッド 介助の状況 : 排便の頻度や下剤等の使用の有無:
入浴	入浴形態 : 一般浴 家庭浴 椅子浴 特浴 清拭 介助の状況 :
着脱	
洗面整容	歯の状態 : 自歯 一部自歯 入れ歯(上・下) 入れ歯なし 口腔ケアの状況 :
移動	移動の手段 : 歩行(独歩 杖 歩行器 シルバーカー) 車椅子 介助の状況 :
睡眠	睡眠の状況 :
コミュニケーション	意思の疎通 :
家族・介護者の状況	
介護する上の注意事項や申し送り等	