

社会福祉法人 せとうち

特別養護老人ホーム プレジール箕島

ユニット型特別養護老人ホーム プレジール箕島

## 入所申込案内

### 1、必要書類

- ①特養入所申込書
- ②調査票(ケアマネジャー、相談員等記入)
- ③介護保険証のコピー
- ④直近3ヶ月分のサービス利用表及び別表の写し(該当者のみ)
- ⑤介護支援専門員等意見書(該当者のみ)
- ⑥介護保険負担限度額認定証のコピー(お持ちの方のみ)

※①、②、③の書類がないとお申込みの受付ができませんので、ご注意ください。

### 2、お申込みについて

※申込必要書類を窓口へ直接お持ちいただくか、郵送にてお申込みください。  
施設見学に来られる際は、事前にご連絡ください。

※記入漏れ、書類の不備・不足等がございますとお申込み完了とされない場合がございます。  
また、【介護上の悩みや困っていること】が入所判断に重要な要素となりますので、  
出来る限り詳しくご記入ください。

※要介護度変更、介護状況変化、ご連絡先変更等の際は必ずご連絡ください。

※「社会福祉法人せとうち特別養護老人ホーム入所に関する指針」に従い、入所の必要性が  
高い方から入所決定となります。  
申込み順ではございませんので、ご理解の上お申し込みいただきますようお願いいたします。

※他の特別養護老人ホームへ入所決定となった場合や、事情により申込みを  
キャンセルされる場合は、必ず当施設へご連絡いただきますようお願いいたします。

#### お問い合わせ先

社会福祉法人 せとうち  
特別養護老人ホーム プレジール箕島  
ユニット型特別養護老人ホーム プレジール箕島

〒721-0957

福山市箕島町7504番地3

TEL 084-920-2560

FAX 084-920-2561

提出日 年 月 日

特別養護老人ホーム プレジール箕島

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。 年 月 日 (入所申込者) 名前 ㊞
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

申請者 (連絡先)	〒 住所	電話 ( ) -
		携帯 ( ) -
名前	申込者との関係	連絡が取りやすい時間
		月 火 水 木 金 土 日 時 分 ~ 時 分 いつでも可

入所申込者の状況	フリカ`ナ	性別	保 險 者	
	名 前	印 男・女	被 保 険 者 番 号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5)
	現住所	〒 -	要介護認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	状 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"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は次の項目にご記入ください) ※施設名又は病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期： 年 月頃から		
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※在宅生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障がい・精神障がい等、単身世帯・同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であることがわかるように)		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃(まで・以降)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"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	特養申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みをしている(申し込みをしている施設名： ) <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みを検討している(申込み予定施設名： )		
主介護者	フリカ`ナ	性別	本人との関係	
	名 前	男・女	生 年 月 日	
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
その他の介護者	名前	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	名前	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	名前	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	名前	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	名前	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係

入所の必要性	【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕	
	備考	担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ）名前（ ） <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】
---------

**お願い**

入所申込者の要介護度や住所の変更等、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、入所申込者がお亡くなりになられた場合、他の介護老人福祉施設等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。

連絡をいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

事務処理欄

受 付 印

受付者	事務長	副施設長	施設長

# 調 査 票

記入日		年 月 日		記 入 者	氏 名	入所申込者との関係		
					所 属 名			
					所 属 住 所		〒	
					電 話		(            )            -	
入所申込者の状況	フリガナ				生年月日	明・大・昭 年 月 日		施設記入欄
	氏 名							
	現住所		〒					
	医 療 状 況	現在治療中の病名						
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名						
在宅サービス利用率		(            )	※申込日の属する月の前3月について、(利用単 位合計÷支給限度額合計)(小数以下四捨五入)によ り算出		%			
入所申込者の身体状況等	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲		着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助			
		眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 全介助			
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴		排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ			
		補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			(自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)			
	意 思 疎 通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可		移 動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器)			
		<input type="checkbox"/> 不可			<input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トロミ 主食(普通・粥・軟飯・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・刻み・ミキサー)			(特浴・一般浴)			
	整 容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		麻 痺 ・ 拘 縮	麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)			
身 長	入れ歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (            )		拘縮: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(肩・肘・手指・股・膝・足首)		体 重			
	cm (計測日:            ) ※分かる場合		kg (計測日:            ) ※分かる場合					
認 知 症 ・ 精 神 状 態 等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度:            ]							
	<input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有							
精 神 状 態 等	<input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有							
	※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載							
手 帳 の 有 無								
	<input type="checkbox"/> 特になし							
	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:            )							
療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:            )								
精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:            )								

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
介護支援専門員等の意見	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">内容：</div>	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">内容：</div>	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">内容：</div>	
	<input type="checkbox"/> 住環境 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">内容：</div>	
	<input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">内容：</div>	
	その他特記事項	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

提出日 年 月 日

特別養護老人ホームプレジール箕島 入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。 記入例

同意欄 施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。 年 月 日 (入所申込者) 名前 ㊞

申請者 (連絡先) 〒○○○-○○○ 住所 ○○県○○市○○町○○○-○○ 名前 ○○ ○○ 電話 ○○○ (○○○) ○○○ 携帯 ○○○ (○○○) ○○○ 入所申込者との関係 ○○○

入所申込者の状況 フリカ`ナ 性別 保険者 名前 ○○ ○○印 男・女 被保険者番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 生年月日 年 月 日 要介護状態区分 要介護 (1・2・3・4・5) 現住所 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○○-○○ 要介護認定有効期間 ○○年○月○日から ○○年○月○日まで 状況 自宅一人で暮らしている □自宅家族と暮らしている □老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は次の項目にご記入ください) ※施設名又は病院名: ○○○○ホーム・○○○○病院 ※所在地: ○○県○○市 ※入所又は入院時期: 年 月頃から 住環境 □車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 □住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 □その他 ( ) 特例入所の理由 [要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※在宅生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障がい・精神障がい等、単身世帯・同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であることがわかるように) 入所希望時期 □今すぐ入所したい □ 年 月頃 (まで・以降) に入所したい 医療の状況 □経管栄養 □胃ろう □中心静脈栄養 (IVH) □インシュリン注射 □じよく瘡 (床ずれ) □在宅酸素 □バルーンカテーテル □人工肛門 □人工膀胱 □その他 ( ) 特養申込状況 □当該施設のための申込み □他の施設にも申込みをしている (申込みをしている施設名: ○○○○ホーム )

主介護者 フリカ`ナ ○○○ ○○○ 性別 本人との関係 ○○ 名前 ○○○ ○○○ 男・女 生年月日 年 月 日 同居有無 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) □その他 ( )

その他の介護者 名前 ○○ ○○ 年齢 ○○歳 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係 長男 名前 ○○ ○○ 年齢 ○○歳 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係 長男嫁 名前 ○○ ○○ 年齢 ○○歳 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係 次男 名前 ○○ ○○ 年齢 ○○歳 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係 孫 名前 年齢 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係 名前 年齢 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係

入所の 必要性	【自由記述】 [※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）] 自宅で一人暮らしをしている。家族は他県で介護困難な為、入所を希望した。 現在〇〇病院入院中。退院してからの在宅生活は、認知症状等みられるため難しい。	
	備考	担当ケア マネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名（居宅介護支援事業所〇〇〇〇）名前（〇〇 〇〇） <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】 申し込み後の問い合わせや相談があった際の記録を記載していきます。
---------------------------------------------

**お願い**

入所申込者の要介護度や住所の変更等、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、入所申込者がお亡くなりになられた場合、他の介護老人福祉施設等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。  
連絡をいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。