

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なら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

調 査 票

記入者		氏名			入所申込者との関係		
		所属名					
		所属住所	〒				
		電話	() - ()				
記入日	年 月 日						
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	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、[利用単位数計÷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 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <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 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声かけ誘導・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 <input type="checkbox"/> 不可		移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <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 <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)		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (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 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		麻痺・拘縮	麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) 拘縮: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(肩・肘・手指・股・膝・足首)		
	身長	cm (計測日:) ※分かる場合		体重	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 <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 () <input type="checkbox"/> 特になし					
	手帳の有無	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:)					
	施設記入欄						

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	
	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) <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-bottom: 5px;">内容：</div> <input type="checkbox"/> 経済的理由 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">内容：</div> <input type="checkbox"/> 家族の介護負担 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">内容：</div> <input type="checkbox"/> 住環境 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">内容：</div> <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">内容：</div>	
介護支援専門員等の意見	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

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	フリガナ	性別	保 険 者	
	名 前	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	〒 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	<u>〔要介護1又は2の入所申込者のみ記入〕</u> ※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"/> パルーンカテーテル <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(申し込み予定施設名：)		
主介護者	フリガナ	性別	本人との関係	
	名 前	男・女	生 年 月 日 大・昭・平 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