

ご入所申し込みにあたって

この度は、ご入所の申込をいただきまして、誠にありがとうございます。

当施設は27年度4月の介護保険法改定により要介護3 から要介護度5 の認定を受けた方で、常時介護が必要であり家庭での生活が困難な方が入所できる施設でございます。

それにより、基本的に要介護度3から要介護度5の方がお申込みいただけます。

但し例外といたしまして、お住まいの各市区町村等により下記の要件に該当すると認められた方については要介護度1・2の方でもお申込みいただけます。（特例入所）

- ① 認知所である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られること。
- ② 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られること。
- ③ 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事。
- ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である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事。

※平成27年4月1日以降に入所した方は、要介護1又は2に変更になった場合、原則退所となります。ただし、上記の要件に照らし入所継続が必要と認められた場合（特例入所）は、引き続き入所が可能です。

現在、非常に多くの方にお申し込みを頂き、お待ちいただいている状況でございます。

ご入所順につきましては、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」により、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し『必要性が高いと認められる方を優先的に入所させるよう努めなければならない』となっておりますのでご入所順序の前後がございました事をご了承下さい。

【裏面をお読みください】

入所申込みの流れ

- ・ご入所をご希望される場合は、同封の申込書と情報提供書に必要事項をご記入いただき、
「介護保険証・介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証(お持ちの方のみ)」のコピーを添えてご郵送いただくか直接窓口までご提出ください。
- ・要介護度1・要介護度2に該当する方は、同封した特例入所に関する調査票をご記入になってお申込み下さい。
- ・待機中に介護度の変更・介護する家族等の状況が変わった・他施設へ入所した等がございましたらご連絡下さい。

入所の順番が近くなりましたら、ご入所をご希望されるご本人様と面接を行い、当施設での対応が可能か等の判断をさせていただきます。

※ご本人様の身体の状態・精神状態等によっては、他機関をお勧めする場合や、入所をお断りする場合もございますのでご了承下さい。(詳しくはお問合わせください)

※入所希望の方の住所が瑞穂町の方

入所申込にあたり「瑞穂町にある他の特別養護老人ホームへの入所」をご希望される場合は、当園よりご希望の施設に申込書の取次ぎを行いますので、「入所申込」の「入所希望施設」にある該当施設をチェックした上、「入所申込者状況表」の「(参考)瑞穂町内にある特別養護老人ホームへの入所申し込みについて」の第2希望以降に施設名をご記入ください。

施設見学も随時行っております。お気軽にお問い合わせ下さい。

東京都西多摩郡瑞穂町箱根ヶ崎670-1
特別養護老人ホーム 良友園
042-568-0753
生活相談課

本人の日常生活状況(○印を記入)	状 況	自分で可	一部介助	全介助	状 況	無	有	障害がある 級・度 その他
	歩 行				おむつ			
	トイレ				聴力障害			
	食 事				視力障害			
	入 浴				言語障害			
	衣服着脱				痴 呆			
特別な医療の状況(当てはまるものにレ印)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 褥 瘡 <input type="checkbox"/> 疥 癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()							
介護保険サービス等の利用について	<input type="checkbox"/> 在宅でサービスを利用している。 <input type="checkbox"/> 施設に入所している。 <input type="checkbox"/> 入所施設名 _____							
入所希望の時期について	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> いずれ入所したいが、まだ在宅で生活したい <input type="checkbox"/> その他 ()							
入所を希望している人は誰ですか	あてはまるものすべてを選んでください <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他 ()							
担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)はいますか	<input type="checkbox"/> い る <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 氏 名 _____ 事業所名 _____ 所在地 _____ 電 話 _____							
主治医はどなたですか	氏 名 _____ 医療機関名 _____ 所在地 _____ 電 話 _____							
(参考)瑞穂町内にある特別養護老人ホームへの入所申し込みについて	<input type="checkbox"/> 2ヶ所以上の施設へ入所申込を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない ↓ 入所希望順位が <input type="checkbox"/> あ る <input type="checkbox"/> な い 第1希望 () 第2希望 () 第3希望 () 第4希望 ()							
その他特記すべき事項								

入所申し込みに関する調査書

病 歴		薬	
麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に)		
食事(動作)	<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		
(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他()		
(副菜)	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 (形のまま・さいの目・刻み・極刻み・ミキサー・経管栄養)		
(食事制限)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に)		
(嚥下)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々ムセがある <input type="checkbox"/> 常にムセる		
(食欲)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
義 歯	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 土手		
歩 行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操可能・介助)		
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自尿意・便意(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ムラあり) <input type="checkbox"/> オムツ使用		
入 浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()		
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
洗面・整髪・歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし		
聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない		
言 葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 話せない		
理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 簡単なことはわかる <input type="checkbox"/> ほとんど理解できない		
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 全時々眠れない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	<p style="text-align: center;">問題行動</p> <input type="checkbox"/> 興奮、幻覚、妄想、精神の錯乱がある <input type="checkbox"/> 介護者の指示が理解できない <input type="checkbox"/> 家族の顔や名前がわからないことがある <input type="checkbox"/> 徘徊や一人で外に出て戻れなくなる <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる <input type="checkbox"/> 食事をしたことを忘れてしまう等ひどい物忘れがある	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れることがある <input type="checkbox"/> 不潔な行為がある <input type="checkbox"/> 攻撃的(暴言)になったり暴力的になる <input type="checkbox"/> 性的な異常行為をすることがある	
	(その他具体的に)		
その他	※ご希望するお部屋のタイプにチェックをお入れ下さい <input type="checkbox"/> 個室希望 <input type="checkbox"/> 多床室希望 <input type="checkbox"/> どちらでも構わない (但し待機状況により必ずしもご希望に沿えるとは限りません。)		