

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

特別養護老人ホーム良友園 入所申込書

3-1

保険者が瑞穂町以外の方用

申 込 日			
平成	年	月	日

申込者(窓口に来た人)

氏 名		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(同居・別居) <input type="checkbox"/> その他 ()
住 所	〒 -		
電 話	携帯電話		

入所希望者の状況	被保険者番号		認定有効期間	平成 年 月 日まで	
	ふりがな		要介護度	1・2・3・4・5	
	氏 名		性別	男・女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)			
	現住所	〒 -			
	ご本人の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他() 施設名 期 間 平成 年 月 日から入所・入院している 住 所 電話			
主な介護者	ふりがな		性別	男・女	本人との関係
	氏 名		生 年 月 日	明・大・昭 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)			
	介護している上で困っていること				
連絡先	氏 名	続柄	住所	携帯電話	
	氏 名	続柄	住所	携帯電話	
	電話				
	電話				
同意書	私は、この申込書の内容を保険者・在宅介護支援センター・私の担当ケアマネージャーへ提供することに同意します。また、入所申込者名簿作成にあたり、転出等の資格移動状況について、入所申込をした施設から保険者へ確認することに同意します。 本人署名				

※この申込書に「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください

特別養護老人ホーム 良友園 入所者申込者状況表

保険者が瑞穂町以外の方用

申 込 日
平成 年 月 日

被保険者番号		氏 名	
記入者		本人との関係	
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる(どなたですか)		
入所希望者を主に介護している方について	介護している方は	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他() 年齢 歳 <input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 難病等である(病名) <input type="checkbox"/> 障害がある(級・度) <input type="checkbox"/> 要介護1以上 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 病 弱 <input type="checkbox"/> 働いている(週 時間) <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 働いている(週 時間) <input type="checkbox"/> 働いていない	
	介護している方の精神的負担	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わず怒鳴ったり、暴力を振るったり、振るいそうになる <input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したり、放置したくなる <input type="checkbox"/> 本人に対し動かないように縛る、鍵をかけるなど、抑制することがある <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、 <input type="checkbox"/> いる(どなたですか) <input type="checkbox"/> いない		
お住まいについて	今のお住まいは、 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(具体的に) ↳ 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
介護する上での住宅問題について	<input type="checkbox"/> 2階以上の建物でエレベーターがない <input type="checkbox"/> 介護専用の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 家屋が著しく老朽化(築20年以上)している <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている		
その他の特別な状況	<input type="checkbox"/> 老人保健施設を転々としているため、本人の生活が安定していない <input type="checkbox"/> 病院・有料老人ホーム等入院中で、経済的に問題がある <input type="checkbox"/> その他、入所を希望する事情がある [具体的に]		
本人について	<input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行為がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 火の不始末がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 不快な性的行動がある <input type="checkbox"/> 感情不安定である <input type="checkbox"/> 放尿がある <input type="checkbox"/> 放便がある <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 介護に対して拒否的である <input type="checkbox"/> その他介護する上で問題行動となる行動がある [具体的に]		

裏面もご記入下さい



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				認知症			
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)他の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。)		