

特別養護老人ホーム「やわらぎの郷」

入所申込の受付について

この度は当施設の入所申込書をご請求頂きまして誠にありがとうございます。
特別養護老人ホーム・やわらぎの郷への入所を希望される方は、下記の書類のご提出願います。

1. 特別養護老人ホームやわらぎの郷 入所申込書（様式 2）
2. 特別養護老人ホームやわらぎの郷 入所調査票（様式 1）
3. 介護保険被保険者証の写し
4. 介護保険負担割合証の写し
5. 介護保険負担限度額認定証の写し（所持されている方のみ）

入所申込書・入所調査票は状況を判断するための重要な情報となります。
記入漏れ・記入間違いがありますと正確な入所判定ができませんので、ご注意下さい。

お申し込みは下記施設事務所に直接お持ち頂くか、郵送にて受付けしております。
ご不明な点がございましたら、お問い合わせ頂けます様、よろしくお願い致します。

— お申込み・お問い合わせ先 —

特別養護老人ホーム



住所: 〒272-0801 千葉県市川市大町 438-2

TEL: 047-337-6121

FAX: 047-337-2113

特別養護老人ホーム やわらぎの郷 入所申込書

申込者連絡先	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒 -		
	電話番号	(自宅)	(携帯)	

申込日：
平成 年 月 日

受付日：
平成 年 月 日

※ 今後の郵便物等は上記の申込者連絡先にお送りさせていただきます。

入居希望者の状況	フリガナ		性別		保険者	市区町村	
	氏名		男・女		被保険者番号	/ / / / / / / / / / / / / / / /	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		※1 要介護度	要介護 3・4・5		
	自宅住所	〒 -		※2 要介護 認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
	現在の 居 所	<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"/> 他の施設や病院に入っている (詳細を下記に記入)					
		施設・病院 の名称			所在地(市区町村名のみ)	入所または入院期間 平成 年 月 から	
	入所を希望 する理由 (複数選択 可)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <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なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <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なため <input type="checkbox"/> その他 ()					
	入所希望 時 期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 頃までに入所したい		
	医療の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()					
		現病名			既往歴 (病歴)		
服薬内容							
【特記事項】							
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特別養護老人ホーム)にも申し込んでいる。又は申し込む予定。(詳細を下記に記入)						
	申込施設名 (予定含む)						
主たる 介護者	フリガナ				続柄	明治・大正・昭和	
	氏名				生年月日	年 月 日 (歳)	
	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:)					
意見	【介護をしている上で困っている事】						

※1 特別養護老人ホームの入居申込みは原則、**要介護度3以上** となります。要介護度1・2の方で入居を希望される方は当施設までお問い合わせ下さい。

※2 申込書の有効期限は **要介護認定期間に限り有効** です。引き続き入居を希望される方は、期限が到来する前に新しい要介護度・近況等を当施設担当者までお知らせ下さい。

特別養護老人ホーム やわらぎの郷 入所調査票

1、ご本人様の身体状況・在宅サービス利用度等

① 要介護度	要介護 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1	
② 認知症による不適応行動 ※1	非常に多い (毎日ある) ・ やや多い (週1~2回) ・ 少しあり (月1~2回) ・ なし	
③ 在宅サービス限度額割合	60%以上 ・ 50%程度 ・ 40%程度 ・ 30%未満	
④ 施設入所・病院入院の有無	入所または入院している ・ 入所または入院はしていない	

※1・認知症による不適応行動…「徘徊」・「昼夜逆転」・「暴言や暴行」・「奇声や大声」・「被害妄想」・「不潔行為」・「異食行為」等

2、(ご本人様と同一世帯に要介護・要支援認定を受けている方がいる場合) 同一世帯の他の要介護者様の身体状況・在宅サービス利用度等

① 要介護度	要介護 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ・ 要支援 1 ・ 2	
② 認知症による不適応行動 ※1	非常に多い (毎日ある) ・ やや多い (週1~2回) ・ 少しあり (月1~2回) ・ なし	
③ 在宅サービス限度額割合	60%以上 ・ 50%程度 ・ 40%程度 ・ 30%未満	
④ 施設入所・病院入院の有無	入所または入院している ・ 入所または入院はしていない	

3、主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	独居 ・ 独居以外	
	※独居の方は⑨・⑩のみ記入して下さい。独居以外の方は②~⑩の記入をお願いします。	
② 主たる介護者の年齢・続柄	年齢 () 歳 ・ 続柄 ()	
③ 介護者の介護負担	重い ・ やや重い ・ 軽い ・ 負担なし	
④ 介護者の障害や疾病	介護困難 ・ 多少介護可 ・ 介護可能	
⑤ 介護者の就労(1日当り就労時間)	8時間以上又は高齢で就労不可 ・ 4~8時間未満 ・ 4時間未満 ・ なし	
⑥ 介護者が育児中、又は家族が病気	常時の育児、看病 ・ 半日育児、看病 ・ 随時育児、看病 ・ なし	
⑦ 介護者の介護への関わり方	介護拒否 ・ 非常に消極的 ・ やや消極的 ・ 普通	
⑧ 他の同居介護補助者	ほとんどなし ・ 随時あり(週1~3回) ・ 常時あり(週4日以上)	
⑨ 別居血縁者の介護協力	ほとんどなし ・ 随時あり(週1~3回) ・ 常時あり(週4日以上)	
⑩ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし ・ 随時あり(週1~3回) ・ 常時あり(週4日以上)	

4、ご本人様の経済状況

年金	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ その他 ()	円/月
その他の収入	収入内容 ()	円/月
	月 額 合 計 金 額	円/月

5、担当ケアマネジャー

名 称			
担当者氏名		電話番号	

< 同意事項 >

- この入居申込書及び入居調査票に関し、担当ケアマネジャー、関係病院・施設に確認することに同意します。

氏 名 _____ 印 (続 柄) _____

※ 入居申込書・入居調査票に記入された内容については、入居判定以外の目的には使用致しません。