

## 特別養護老人ホーム喜楽園入所申込についてお願い

特別養護老人ホーム喜楽園への入所申し込みは、次の書類を添付し原則介護支援専門員（病院または介護保険施設等に入院、入所中の場合は当該病院または介護保険施設等の相談員等）を通して、入所申込者本人または本人の意思を確認した家族が直接お申込みをお願いいたします。

① 入所申込書（別紙様式1）

② 調査票（別紙様式2）

\*②については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等が記入。

③ 介護保険証の写し（1部）

④ サービス利用票およびサービス利用票の写し（直近3ヶ月分）

\*④について、サービス利用のない者は不要

問い合わせ先

社会福祉法人 美和会

特別養護老人ホーム喜楽園

電話0824-52-2346

課長 片岡 美保

相談員 藤永 洋子

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム喜楽園 園 長 様

申込者 ご本人 住 所

名 前

代理人 住 所

名 前

続柄 ( )

私は、特別養護老人ホーム喜楽園に入所を希望しますので、別紙の通り申込書を提出します。





# 調査票

記入日		令和 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							
入所申込者の状況	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"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (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 <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"/> 不可					
	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	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
身体状態等	<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: ( ) )							

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)	
	介護支援専門員等の意見 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"/> 本人の心身の状況 (内容: )	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 (内容: )	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 (内容: )	
	<input type="checkbox"/> 住環境 (内容: )	
	<input type="checkbox"/> その他 (内容: )	
	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。