

特別養護老人ホームともの家 入所申込みについて

1 留意事項（重要）

入所の順番は、入所申込みの順番ではありません。また、早めにお申込みいただいた場合でも、入所できないことがあります。

なお、平成27年4月より、特別養護老人ホームへの入所は、原則として要介護3～5の方が対象となります。要介護1～2の方で、入所を希望される場合は当施設又は担当ケアマネジャー様へご相談ください。

当施設は、『特別養護老人ホーム入所指針』に沿い、当施設での受け入れ体制、入所希望者の状況等を総合的に判断し、入所検討委員会の決定により、入所者を決定いたします。よって、当施設で対応できない医療行為が必要な方など、入所のご希望に沿えない場合があることをご理解いただいた上で、入所のお申込み手続きを行っていただきますよう、よろしくお願いいたします。

2 入所申込みに必要な書類一式（提出もれのないよう、提出前に口に✓を入れてご確認ください）

- 入所申込書（ご本人又はご家族がご記入ください）2枚
 - 入所希望者についての意見書（ケアマネジャー様をご記入ください）3枚
 - 特例入所の要件に係る情報提供書（要介護1～2の方のみ、ケアマネジャー様をご記入ください）1枚
 - 介護保険証の写し
 - 介護保険負担限度額証の写し（該当される方のみ）
 - 被爆者健康手帳（原爆手帳）の写し（該当される方のみ）
- ※ なお、✓を入れたこの用紙は郵送していただく必要はありません。

3 入所申込書類の送付後について

- (1) 入所申込みの受付が完了次第、入所申込書の写しを申請者様に送付します。
- (2) 入所の順番が近づきましたら、申請者様へ連絡し、入所希望者様と面接させていただきます。
- (3) 面接結果を入所検討委員会にて協議します。
- (4) 入所検討委員会にて受入可能となりましたら、入所契約、重要事項の説明へ移行します。
- (5) 入所契約締結後、日程を調整し、施設へ入所となります。

※ 要介護1～2の方のお申込みにつきましては、担当ケアマネジャー様、介護保険者（行政）との協議が必要となります。詳しくは、当施設までお問い合わせください。

※ 入所の順番が近づくまでは、入所待機者として管理させていただきます。また、入所検討委員会にて受入が難しいと判断された場合も、再度待機者として管理させていただきます。

4 入所申込書類一式の送付先（問い合わせ先）

〒 733-0852 広島県広島市西区鈴が峰町41番18号

社会福祉法人ともえ福祉会 特別養護老人ホームともの家 宛

電話番号：(082) 270-0145 （受付時間 9:00 ～ 18:00 ）

施設受付印

特別養護老人ホームともの家 入所申込書

以下のとおり、添付書類を添えて特別養護老人ホームともの家に入所を申込みます。

情報提供の同意	入所待機者の状況等に係る統計上の情報として、この申込書の内容を広島市へ提供することに同意しますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ											
	この申込みを受けた特別養護老人ホームが入所待機者数等を把握するため、広島市が保有する申込者の介護保険被保険者資格の得喪、要介護度及び他の施設入所に係る情報の提供を受けることに同意しますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ											
申連絡者先	フリガナ		住所	〒											
	氏名	⑨													
	電話	()	携帯電話	()											
施設入所希望者の状況	フリガナ		現住所	〒											
	氏名	⑨													
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生 ()歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
	介護保険被保険者番号					介護保険被保険者番号									
	要介護度	要支援()	要介護()	認定の有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日		
	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人で生活している。		介護保険の居宅サービスを利用している場合は、利用限度額に対する利用の割合にチェックを入れてください。											
		<input type="checkbox"/> 自宅にて家族と生活している。		<input type="checkbox"/> 3割未満	<input type="checkbox"/> 3割以上	<input type="checkbox"/> 7割以上									
		<input type="checkbox"/> 平成		年	月頃	から特養、老健、グループホーム、病院などに入所、入院している。									
	施設名 病院名			所在地											
		<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が長期入院、県外在住等により、介護できる者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が要介護(要支援)状態、障害、病気であり、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が就労、複数介護、育児中であり、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住環境、衛生環境の事情により、十分な介護ができない ※ 居住環境について <input type="checkbox"/> 本人専用の居住スペースがある <input type="checkbox"/> 本人専用の居住スペースがない ※ 衛生環境について <input type="checkbox"/> 常に掃除ができていない等の問題がある <input type="checkbox"/> 特に問題はない <input type="checkbox"/> 施設、病院等より退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない <input type="checkbox"/> その他()													
入所希望の時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> 平成												年	月頃	に入所したい。
特養申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該特養のみに申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の特養にも申し込んでいる。														
主介護者	氏名			続柄			同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							

施設入所希望者の心身状況	目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全盲 (眼鏡: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる	
	耳	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞えにくい <input type="checkbox"/> 全ろう (補聴器: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> 一部介助があれば、食べることができる	
	会話	<input type="checkbox"/> 日常会話ができる <input type="checkbox"/> 挨拶程度はできる <input type="checkbox"/> 会話が全くできない	移動	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができない	
	着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助があればできる <input type="checkbox"/> 一人では全くできない		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食	
	身体	<input type="checkbox"/> 麻痺などは特になく、ある程度は自由に動かせる <input type="checkbox"/> 動かしにくい、動かない部位がある(<input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足)			
	入浴	<input type="checkbox"/> 見守りがあれば自分で入浴することができる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレに行く <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用する <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要			
	認知症	物忘れ	<input type="checkbox"/> 何も覚えることができない <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 全くない		
		時間や場所	<input type="checkbox"/> 何も理解できない <input type="checkbox"/> 理解できないことがある <input type="checkbox"/> 理解できる		
		特記事項	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊行動 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想・被害妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 火の不始末		
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多く <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない				
医療行為	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ) <input type="checkbox"/> 人工膀胱(ウロストミー) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
※ 医療行為の状況によっては、当施設への入所が難しいことがあります。					
担当ケアマネ	居宅名	氏名			
入所申請に至る生活歴					
特記事項(要介護1又は2の方は、居宅において日常生活を送ることが困難な事由(認知症、知的障害、精神障害等)を詳しく記入してください。)					

No.1

入所希望者についての意見書

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネージャー)

(事業者名)

(住所) 〒

(電話番号)

記入年月日	平成 年 月 日	(記入者氏名)				
入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな				生年月日 明・大・昭 年 月 日(歳)	
	氏名				性別 男・女	
	住所 〒				電話 () -	
	介護保険保険者			要介護状態区分等	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)	
	保険者番号			被保険者番号		
	認定有効期限	平成 年 月 日 ~		平成 年 月 日		
	家族構成	ふりがな 氏名	本人との 関係	同居有無	連絡先	家族構成図
※主たる介護者の名前に○をしてください。						
現在の生活状況で特記すべきこと。(住宅環境、医療・身体・精神的状況など介護困難な状況の要因を記入してください。)						
緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
入所についての本人・家族の意思						
状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)				特記事項		
麻痺等の有無について <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他						
関節の動く範囲の制限の有無について <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他						
起き上がりについて <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない						
両足での立位保持について <input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない						

	特記事項
状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可) 移動について <input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (<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"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()	
移乗について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立ち上がりについて <input type="checkbox"/> つかまらぬいでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
食事摂取について:入歯の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 ※主食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() ※副食物 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> さざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
入所 入浴について:頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
希望者 排尿について <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 特殊パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
の状況 排便について <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> 特殊パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
況 衣服の着脱について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
金銭の管理について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
日常の意思決定について <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない	
視力について:眼鏡の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 近距離であれば見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	
聴力について:補聴器の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	
意思の伝達について <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない	

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特記事項
入 所 希 望 者 の 状 況	指示への反応について	
	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない	
	性格について	
	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 頑固	
	<input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない	
	対人関係について	
	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的	
	精神状態等について(特記事項欄に状態を必ず記入して下さい)	
	<input type="checkbox"/> 精神的障害有 <input type="checkbox"/> 特になし	
	記憶・理解について	
	毎日の日課を理解することが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	直前の出来事を思い出すことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	自分の名前を答えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	自分がいる場所を答えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	不適応行動について	
被害的になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
幻覚・幻聴が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
感情が不安定になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
夜間不眠、昼夜の逆転が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
暴言、暴行が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
同じ話、不快な音、大きな声をだすことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
介護に抵抗することが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
目的もなく動き回ることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
異食が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
現在受けている医療について		
<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマーの処置		
<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護		
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル		
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

※ 当月介護サービス利用票を添付してください。

特例入所の要件に係る情報提供書

事業所・施設名		記入者氏名	
事業所等所在地		連絡先	
		記入日	年 月 日

対象入所申込者情報	氏名			被保険者番号		
				性別	男 ・ 女	
	住所			生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
				介護度	要介護 1 ・ 2	
	手帳保有状況	認知症高齢者の日常生活自立度	無 ・ 有	ランク (自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V)		
		療育手帳	無 ・ 有	等級 (B ・ マルB ・ A ・ マルA)		
精神障害者保健福祉手帳		無 ・ 有	等級 (3級 ・ 2級 ・ 1級)			
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、【利用単位数合計÷支給限度額合計】(少数点以下四捨五入)により算出			

	項 目	該当性
入 所 申 込 者 の 状 況	1 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられること	該当 ・ 非該当
	2 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられること	該当 ・ 非該当
	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こと	該当 ・ 非該当
	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り家族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こと	該当 ・ 非該当
	(1～4の該当する項目について、入所申込者の具体的な状況を御記入ください。)	