

## 特別養護老人ホームひのでホーム入所お申込みについてのご案内

このたびはご入所のお問合せをいただきまして誠にありがとうございます。

つきましてはご入所お申込みのため、下記の「お申込み書類一式」をひのでホームソーシャルワーカー宛にお送りいたしますようお願いいたします。

また、毎年、お申込み継続の意向確認を行なっておりますので、ご協力をよろしくをお願いいたします。ご質問やご不明点等がございましたら遠慮なくソーシャルワーカー宛にご連絡ください。

### 【お申込み書類一式】

#### ・情報提供票

2枚1組です。なるべく空欄のないようご記入ください。住所や電話番号等、記載事項が変更された際はご連絡ください。

#### ・介護保険証コピー1部

介護度が変更された際はご連絡ください。優先度が変わる場合があります。

#### ・負担割合証コピー1部

介護サービス費の利用者負担割合について、所得に応じて1割・2割・3割負担が記載されています。

#### ・介護保険負担限度額認定証コピー1部

食費・居住費が減額される認定証です。お持ちでない場合は該当するかどうか住所地の介護保険課にご確認ください。

#### ・健康診断書

かかりつけの医師にお申込みください。6か月の有効期間となりますのでご了承ください。

※入所要件の変更に伴い、入所された方が更新等により要介護1・2に改善された場合は退所していただく場合がございます。

#### 要介護1または要介護2の方へ

平成27年4月1日より、特別養護老人ホームへの入所要件が変更となり、原則要介護3から要介護5の方が入所の対象となりました。要介護1または要介護2の方が入所のお申込みをお考えの場合、以下のいずれかの要件に該当する方がお申込みの対象となります。情報提供票の「お申込みの理由・経緯」欄に詳細をご記入ください。

- 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見られる。
- ② 知的障害・精神疾患等を伴い、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が頻繁に見られる。
- 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。
- 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。

特別養護老人ホーム ひのでホーム

〒190-0182 東京都西多摩郡日の出町平井 3076

Tel:042-597-2021 Fax:042-597-1973 平日 9:00~17:00

担当:入居サービス部 ソーシャルワーカー

- 特養入所申込み  
 ショートステイ利用申込み

ご記入日： 年 月 日

施設記入欄	
受付日	年 月 日

申込者（連絡先）			
フリガナ	住所	〒	
氏名	続柄	生年月日	年 月 日
電話	自宅：	携帯：	
職業	職場名：	電話番号：	

入所希望者の状況			
フリガナ	生年月日	性別	
入所希望者 氏名	大正 昭和 年 月 日 歳	男	女
住民票のある 住所	〒	☎	( )

要介護認定と認定期間		負担割合証	介護保険負担限度額認定証	
要介護度 ( )		<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 第2段階（食費390円）	<input type="checkbox"/> 第1段階（食費300円）
認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 第3段階①（食費650円）	
		<input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 第3段階②（食費1360円）	<input type="checkbox"/> 減額なし
介護保険者（市区町村）	被保険者番号	ケアマネジャー		
		事業所： ☎ ( )	氏名：	

医療保険の種類	医療費助成券	手帳
<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他 ( )	あり ・ なし 券名 ( )	あり ・ なし 手帳名 ( )

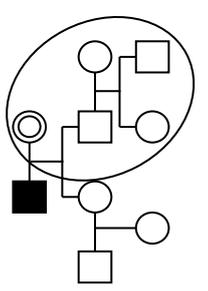
お申し込みの理由・経緯 ※要介護1.2の方は在宅生活継続が困難なやむを得ない事由等をご記入ください。

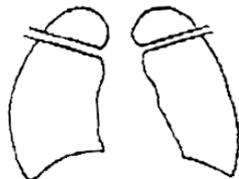
- 自宅で生活している  施設・医療機関等に入所（院）している  
(  生活しづらい環境にある  自宅から立ち退きを求められている  退所（院）しても在宅介護が困難 )  
・入所（院）先の名称・所在地・期間 (名称： 所在地： 都道府県 市区町村 期間： 年 月頃～ )

収入	
本人	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> ( ) 年金 約 ( ) 円/2か月 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金以外の収入や預貯金等 ( )
配偶者	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> ( ) 年金 約 ( ) 円/2か月 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金以外の収入や預貯金等 ( )

身体状況と医療について			
麻痺障害	なし あり ( )	身長： cm 体重： kg	予防接種 肺炎球菌：未・済 ( 年 月 ) インフルエンザ：可・不可 コロナウイルスワクチン：可・不可
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿管留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
特記事項：			

主な病歴・入院歴	期間	病名・理由	医療機関	かかりつけ医療機関	
	名称	住所	電話番号	〒	☎

生活歴											
出生（出身地）、学歴、職歴、結婚歴、子ども、その他											
日常生活の様子											
性 格	穏やか 朗らか	几帳面 寡黙	わがまま 凝り性	頑固 社交的	短気 その他（ ）	趣味 活動	嗜好 品	飲酒：する・しない 喫煙：する・しない	主な 宗教	あり・なし （ ）	
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 食事量（ ）割ほど 形態：主食（米飯・粥・ペースト） 副食（通常・一口大・細かく刻む・ペースト） 汁トロミ：あり・なし 禁止食品・アレルギー等：なし・あり（ ） 制限等：減塩食(塩分 g)・糖尿病食(kcal)・水分（ cc未満）その他（ ）										
	入 浴	<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"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> チェア浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭				排 泄	<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"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
		移 動	<input type="checkbox"/> 歩行（独歩・杖・伝い歩き・歩行器・付添い） <input type="checkbox"/> 車いす（普通型・特殊型・自走可・自走不可） <input type="checkbox"/> 常時寝たきり（理由： ）				更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 自歯：あり・なし <input type="checkbox"/> 義歯：あり（総義歯・部分・上・下）・なし			
行動について											
1 物を盗られたなどと被害的になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある 2 実際にはないものが見えたり、聞こえることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある 3 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある 4 暴言や暴行が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある 5 大声を出すことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある 6 目的もなく動き回ることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある 7 落ち着きがなく目が離せないことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある 8 不潔な行為を行うことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある 9 食べられないものを口に入れることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある 10 その他（ ）											
身元引受人（緊急連絡先）											
フリガナ					住 所	〒					
氏名					電 話	自宅： 携帯： 職場：					
続柄	生年月日	年	月	日	職 業	(職場名 )					
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 要支援・要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 障害を持っている <input type="checkbox"/> がんや難病等の疾患を持っている <input type="checkbox"/> 被介護者が複数いる <input type="checkbox"/> 高齢である（70歳以上） <input type="checkbox"/> 同居困難な理由がある（遠方に住んでいる等） <input type="checkbox"/> 治療中のけがや病気があ <input type="checkbox"/> 未就学児の育児をしている <input type="checkbox"/> 介護の協力者がいない <input type="checkbox"/> その他（ ）										
家族図と連絡先 ※身元引受人の他に連絡がとれる方をご記入ください											
例) ご本人女性、配偶者死去、 子供2人、長男家族と同居の場合。 					連絡順	氏名	続柄	住所・連絡のとれる電話番号			
					連絡先①	フリガナ		〒			
					連絡先②		( 歳)	☎			
					連絡先③	フリガナ		〒			
					連絡先④		( 歳)	☎			
男性：□ 女性：○ ご本人：二重 死去：■● 同居を○で囲む											

ふりがな			生年月日	大正	年	月	日
氏名	男 女			昭和			歳
住所							
身長		体重		血压	/		
視力	普通 右 弱視 視力なし	普通 左 弱視 視力なし	聴力	普通 右 やや難聴 難聴	普通 左 やや難聴 難聴		
検尿	糖 ( )	蛋白 ( )	ウロビリノーゲン ( )	潜血 ( )			
血液検査	白血球数		AMY		HBs抗原	- . +	
	赤血球数		Na		HCV抗体	- . +	
	ヘモグロビン		K		疥癬 (皮膚所見)	- . +	
	血小板		Cl		MRSA	- . +	
	総蛋白数		総コレステロール		梅毒反応	- . +	
	アルブミン		中性脂肪		結核検査 (X-P)	- . +	
	総ビリルビン		BUN		胸部X線		
	γGTP		クレアチニン		 撮影年月日 ( / / ) 異常あり・異常なし		
	GOT		尿酸				
	GPT		血糖				
	LDH		HbA1c				
ALP		CRP					
既往症							
現在の病名と 治療の概略 及び 投薬内容							
<p>上記の状態なので、短期入所生活介護・指定介護老人福祉施設内の団体生活に支障ないものと認めます。</p> <p>年 月 日 医療機関所在地</p> <p>名称</p> <p>電話</p> <p>医師氏名</p>							

印