

## 社会福祉法人ジェイエー長野会特別養護老人ホーム入居申込について

### 1. 入居対象者

介護保険で入居できる施設です。日常生活に常に介護が必要で、自宅での介護が困難な方が入居し食事・入浴・排泄などの日常生活の介護や健康管理が受けられます。原則として要介護 3 以上の方が入居できます。

要介護 1・2 の方は居住市町村あてに、要件を満たすかどうかの意見を求め該当しないときはお断りすることがあります。

### 2. 入居の申し込み書類

- (ア) 入居申込書（施設の指定の用紙があります）
- (イ) 個別状況調査票（施設の指定の用紙があります）
- (ウ) 居宅サービス利用表及び別表の写し（3 か月分）
- (エ) 介護保険証の写し

### 3. 入居申込書の記入について

入居を希望する施設のほかに当法人内の施設で第 2 希望施設がある時は第 2 希望に○をしてください。

（第 2 希望に改めて申し込みをする必要はありません）

### 4. 入居申込後のお願い

- ① 申し込み内容に変更が生じたときは都度、申し込み施設に連絡をお願いします。  
以下のことで入居優先順位が変更になることがあります。
  - ・要介護度の変更
  - ・経管栄養・痰の吸引への変更
  - ・入院、施設入所から在宅に変更になった時
- ② 他の施設に入居した時、または入居を希望しなくなった時も連絡をお願いします。

### 5. 申し込み方法

申請書類は第 1 希望施設あてへの郵送または施設で受付いたします。

尚、入居は申し込み順ではありません。

社会福祉法人ジェイエー長野会  
特別養護老人ホームゆめの里朝日  
〒390-1104 東筑摩郡朝日村古見 2422-3  
TEL 0263-99-5066 FAX 0263-99-5067  
ホームページ <https://www.ja-naganokai.or.jp>

担当 生活相談員 平林

特別養護老人ホームゆめの里朝日 入居申込書  
 ゆめの里朝日 管理者 様

入居申込者

特別養護老人ホームゆめの里朝日に入居したいので、関係書類を添付して申し込みます。

※第2希望がある時は○をしてください  
 1. 特別養護老人ホームゆめの里和田

フリガナ								生年月日	
入居希望者氏名								明治・大正・昭和	年 月 日生 ( 歳)
現住所	郵便番号				電話番号				
被保険者番号								保険者名	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
	認定期間      年      月      日      ~      年      月      日								
認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の方は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入してください)	<input type="checkbox"/> 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。				入居を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入してください)		<input type="checkbox"/> 介護者がいないため		
	<input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られる。						<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため		
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。						<input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため		
	<input type="checkbox"/> 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。						<input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため		
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称								
	TEL								
	担当者								
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他								
	【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)								
	(前月の介護保険利用実績 _____ 単位) (直近3ヶ月の平均 _____ 単位) ①								
	(支給限度基準額 _____ 単位) ②   ①/② * 100 = (在宅サービス利用率 _____ %)								
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称 _____ ) 年 月 日~								
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン(定期・不定期) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他( _____ )								
	[現在治療中の病名] ( _____ ) 内服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								

過去の入所・入院状況	種類 名称		年 月 日～	年 月 日	理由	
	種類 名称		年 月 日～	年 月 日	理由	
※ 入居判定に当たって特に配慮して欲しい事項（要介護1・要介護2は必須）	(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。					
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )					
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )					
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳)		
	住所	〒		要介護認定の有無	有・無	
		TEL		要介護状態区分		
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	入居希望者からみた関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
申込者の状況	電話番号 連絡先		入居希望者からみた関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
家族関係	『家族等の状況』 ※該当箇所には○を付けてください 1. 一人暮らし 2. 高齢者(65歳以上)のみの世帯 3. その他 4. 家族遠方に別居(具体的に ) 5. 家族近隣に別居(同一市町村) 6. 家族と同居(同一敷地内別居含む)					
	家族関係図		氏名	続柄	年齢	備考

個人情報等に関する同意書

- 私は、貴施設に入居申し込みをするにあたり、下記について同意いたします。
1. 入居判定に関わる本人、家族等の個人情報を提供し、会議で使用すること。
  2. 他の施設への入居申し込み状況を把握すること。
  3. 担当するケアマネージャーからの情報提供を受けること。
  4. 申し込み時における本人、家族の状況等が著しく変わった場合は申し出ること。
  5. 他施設への入居、病状悪化等で施設利用の必要がなくなった場合は申し出ること。
  6. 特例入居(介護度1または2)の方について、市町村長に要件を満たすかどうか意見を求めること。
  7. 入居判定基準により、入居を決定すること。

令和 年 月 日  
(ご本人…施設入所希望者) 住所 氏名  
(代理人…申込者 ) 住所 氏名

# 個別状況調査票 (施設入居希望者の心身状況)

記入日 令和 年 月 日

※該当箇所に○をつけてください。記入すべきところをご記入ください。記入者氏名

入居希望者名				疾患・既往歴	
目	普通	見えにくい	全盲	食事	自分で食べることができる 一部介助があれば、食べることができる 自分で食べることができない 経管栄養 ( 胃ろう ・ 経鼻 )
	(眼鏡 : 有 無 )				
耳	普通	聞こえにくい	全ろう	移動	自立歩行 伝い歩き 手引き歩行 杖を使用 押し車を使用 歩行器を使用 車椅子を使用する (自分で操作できる) 車椅子を使用する (自分で操作できない)
会話	日常会話ができる あいさつ程度はできる 会話が全くできない				
着替え	自分でできる 一部介助があればできる 1人では全くできない				
整容	洗面	自立	一部介助	全介助	
	歯磨き	自立	一部介助	全介助	
	義歯	有	(自己管理可 自己管理不可)	無	
身体	麻痺などは特になく、ある程度は自由に動かせる				
	動かしにくい、動かない部分がある ( 右手 左手 右足 左足 )				
入浴	見守りがあれば自分で入浴することができる		一部介助が必要	全介助	
排泄	自分でトイレに行く		ポータブルトイレを使用する	一部介助が必要	
	全て介助が必要		布パンツを使用	紙パンツ、リハビリパンツを使用	
認知症	診断	有	病院名		
		無	疾患名	アルツハイマー型	レビー小体型
	症状	その他 ( )			
性格	おとなしい 朗らか 親しみやすい 几帳面 無口 凝り性				
	人に溶け込めない わがまま 頑固 短気 融通がきかない その他 ( )				
生活歴	(出身・趣味・生活の様子・職業など)				