

入所ご希望者 様

社会福祉法人 千寿会

地域密着型特別養護老人ホーム別府石垣園

入 所 契 約 申 込 書 に つ い て

1. 入所申込できる方

原則、要介護3以上で、住民票の住所が別府市内の方に限ります。

様式1-1の「優先入所申込書」は、入所ご希望者様とご家族様の情報をご記入ください。

様式1-2の「入所希望者等の状況」、様式1-3の「介護者の状況」は、各項目に対してご記入下さい。

※入院中や介護老人保健施設等に入所中の場合は、相談員または施設ケアマネジャーにご相談下さい。

※提出の際は、介護保険被保険者証の写しを添付して下さい。

※その他、不明な点等ございましたらご遠慮なく、当施設相談員までご連絡下さい。

2. 要介護1または要介護2で「特例入所申込書」を提出される場合

別紙の「特別養護老人ホームにおける特例入所申込者に関する状態報告」に困難である事由にチェックを入れて提出して下さい。

【参考理由】

- | |
|---|
| <p>①認知症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。</p> <p>②知的障害・精神障害等を患い、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、頻繁に見られる。</p> <p>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。</p> <p>④単身世帯である、同居家族が高齢また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。</p> |
|---|

※ 入所申込書を提出した後のお願い

- ご家族様またはケアマネジャーの方から申し出があった場合のみ変更することになっています。
状況等に変化があった場合はご連絡ください。
- 要介護認定が更新・変更になった場合は、必ず介護保険被保険者証の写しを当施設にご提出下さい。
- 要介護認定が更新・変更となり、要介護1または要介護2の認定の結果を受けた場合は、別紙の「地域密着型特別養護老人ホーム別府石垣園特例入所申込書」をご提出下さい。

【担当】

地域密着型特別養護老人ホーム別府石垣園

担当相談員：宮崎 由衣子

Tel: 0977-25-1688 Fax: 0977-25-1693

ホームページ: <https://beppu-ishigakien.jp>

(様式1-1)

ユニット型指定地域密着型特別養護老人ホーム別府石垣園 優先入所申込書

特別養護老人ホーム 別府石垣園 施設長 殿

入所を希望しますので、下記のとおり申し込みます。

【入所希望者】

ふりがな		性別	生年月日	
氏 名			明・大・昭	年 月 日 (歳)
住 所	〒 ー (TEL:) (FAX:)			
被保険者番号			要介護度	1 2 3 4 5
保険者番号			保険者名	
初回要介護認定年月日	平成・令和 年 月		認定の有効期間	平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日
認定審査会の意見等				

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申 込 者	住 所	〒 ー (TEL:) (FAX:)		
	ふりがな 氏 名		入所希望者との続柄	
連 絡 先	住 所	〒 ー (TEL:) (FAX:)		
	ふりがな 氏 名		入所希望者との続柄	

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申 込 状 況	☐ 当該施設のみ申し込む。 ☐ 他の施設も申し込んでいる。又は、申し込む予定。 既に申し込んでいる施設名 () () 申し込み予定の施設名 () ()
---------	---

説明確認欄	私は、入所申込に際し、入所順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。 また、今後の別府市の施策の参考とするため、この申込書の内容を別府市に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 (本人との続柄)
-------	---

(様式1-2)

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印のうえ、その状況をご記入ください。

現在の居所	☐ 自宅で一人暮らしをしている	☐ 自宅で家族と暮らしている(人家族)
	☐ 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (平成・令和 年 月 日 から)	
入所希望時期	☐ 今すぐ ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ その他()	
入所を希望する理由 (該当するものをいくつでも選んで下さい)	☐ 介護する者がいないため ☐ 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため ☐ 介護する者が「高齢」、「障がい」、「病気」等により介護することが困難なため ☐ 介護する者が就労していて介護することが困難なため ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため ☐ 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため ☐ 施設や病院から退所(退院)を求められているため ☐ その他()	
医療に関する状況	(特別な医療的対応)	
	☐ なし ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ その他()	
	(現在治療中の病気等)	
認知症等による行動障がい (行動障がいの起きる頻度にもレ印を付けてください)	☐ (特別な医療的対応)	
	☐ なし	
	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ その他()	
	(現在治療中の病気等)	
認知症等による行動障がい (行動障がいの起きる頻度にもレ印を付けてください)	☐ 該当なし	
	☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 不穏行動 ☐ 自傷行為 ☐ 暴力行為	
	☐ 昼夜逆転 ☐ 異食行動 ☐ 火の不始末 ☐ 被害妄想	
	☐ その他()	
認知症等による行動障がい (行動障がいの起きる頻度にもレ印を付けてください)	☐ ほとんど毎日 ☐ 週 3～4回程度 ☐ 週 1～2回程度 ☐ 月数回程度	

【介護に関する状況】

飲水食事摂取	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
排 尿	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
排 便	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
入 浴	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
歩 行	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
衣服着脱	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
視 力	☐ 普通	☐ やや見えにくい	☐ かなり見えにくい	☐ まったく見えない
聴 力	☐ 普通	☐ やや聞えにくい	☐ かなり聞えにくい	☐ まったく聞えない
意思の伝達	☐ 普通	☐ やや伝えにくい	☐ かなり伝えにくい	☐ まったく伝えられない

(様式1-3)

介護者の状況

ふりがな		性	男	生年	明・大・昭	続	
氏 名		別	女	月 日	年 月 日 (歳)	柄	
居住関係	☐ 同居 ☐ 別居(住所:) 入所希望者宅までの所要時間(分)						
就労状況	☐ 就労していない ☐ 就労している (週 日、週 時間程度)						
健康状態	☐ 健康 ☐ 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中(病名) ・入院していないが継続的な治療を要する(病名) ・要入院加療(ヶ月程度・病名)						
身体状況	☐ 障がい有(級・障がいの種類:) ☐ 無						
要介護度	☐ 有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ☐ 無						
他に対応を要する家族の有無	☐ 育児の必要な家族がいる(子供の年齢 歳) ☐ 3ヶ月以上看病(付添)の必要な家族がいる(自宅療養・入院中) ☐ 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる ☐ 有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ☐ 無 ☐ 介護の必要な障がいを持つ家族がいる(級・種類)						
介護協力者の有無	☐ 同居親族に協力者がいる ☐ 同居以外の親族に協力者がいる ☐ 親族以外の協力者(近隣者など)がいる ☐ 協力してくれる人はいない						
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】							

※申込書に添えて提出する書類

Ⅰ 入所希望者の介護保険被保険者証(写)

Ⅱ 直近のサービス利用表及び別表(写)・・・現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄