

特別養護老人ホーム 有明園入所申込書（新規・更新）

貴施設に入所したいので、次のとおり申込みします。

申込者 (連絡先)	氏 名	(続 柄 :)									
	住 所	(〒 —)									
	電 話 番 号	自宅・勤務先・携帯 — —									
入所希望者 氏 名	フリガナ										
	性別										
	男 ・ 女										
住所	(〒 —) 【電話番号】 — —										
	生年月日										
介護保険	満 歳										
	被保険者番号									保険者名：新潟市・その他 ()	
	要介護	1 ・ 2		3 ・ 4 ・ 5							
認定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日										
医 療 保 険	後期高齢 ・ 国民健康 ・ 共済組合 ・ 健康（全国健康、組合管掌等） ・ 生活保護										
身 障 者 手 帳	手帳の種類： (障害名：) 判定 級										
経 済 状 況	本人の収入 有り・無し 年金の種類： (年額 円)										
現状	☐ 自 宅（利用中のサービス：ショートステイ・デイサービス・訪問看護・その他）										
	☐ 入 院 中・施設入所中（病院名、施設名：)										
希望入所 時期等	なるべく早く入所したい ・ 順番がきたら入所したい ・ 今すぐではないが入所したい										
	お部屋の希望： 個室 ・ 4人部屋 ・ どちらでも良い										
	他施設の申込み（有 ・ 無） 申込み施設名：										
病歴	発症年		病名				医療機関				
状態 ※該当の所を ○で囲んでく ださい	食事	自力 一部介助 全介助 経管 胃瘻									
	排泄	便所 ポータブル 尿管 人工肛門 (パンツ・紙パンツ・紙オムツ)									
	移動	自力歩行 杖使用 歩行器 車椅子									
	認知症状	徘徊 妄想 大声 不潔行為 その他 ()									
	医療	痰の吸引 酸素 ペースメーカー インスリン その他 ()									
家族構成 ※同居、もし くは別居して いる親族等。 (入所後ご協 力できる方)	氏名		年齢		続柄		住い		同居・別居		
							市内・市外		同居・別居		
							市内・市外		同居・別居		
							市内・市外		同居・別居		
							市内・市外		同居・別居		
							市内・市外		同居・別居		
申請理由 ※介護状況等在 宅でお困りな点											

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
-----	-------------------------	-----	-------------------------

留意事項	申し込みの有効期間は、入所申し込みの日から3年間です。引き続き申込を希望する場合は、更新手続きが必要です。 本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の施設等に入所する場合は、必ず当施設にご連絡ください。 連絡先：特別養護老人ホーム有明園 【電話】 025 - (231) - 2615 【FAX】 025 - (231) - 0539 担当：生活相談員 横山・石橋・織田・今井
説明確認及び情報収集に係わる同意書	私は、貴施設への入所申し込みに際し、入所申し込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所順位決定の為、必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集する事に同意します。 令和 年 月 日 入所希望者 _____ 入所希望者の家族 _____

担当介護支援専門員	事業者名	【電話番号】 — —
	氏名	

※要介護1、又は要介護2の方が入所を申し込む場合、下記に記入してください。

特例入所の要件・理由	入所希望者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 ☐ 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。 ☐ 知的障がい・精神障がいを伴い、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見られる。 ☐ 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。 ☐ 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。 【上記事由の具体的な理由】
------------	---

施設入所申込みに関する情報提供同意書

新潟市社会事業協会特別養護老人ホーム有明園への入所申込みにあたり、わたし（利用者及びその家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

入所希望者 氏名

署名代行者または成年後見人 氏名

※署名代行理由

1. 使用する目的

- ① 利用申込みに関する施設入所検討委員会での情報提供
- ② 医療機関との連絡調整において必要となった情報提供
- ③ 介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において必要となった情報提供
- ④ 市町村、担当地域包括支援センターとの連絡調整において必要となった情報提供

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人の情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ② 個人の情報を使用した会議の内容、経過を記録しておくこと。

新潟市西区西有明町1-20
社会福祉法人新潟市社会事業協会
特別養護老人ホーム有明園
園長 真壁 恒雄

介護支援専門員意見書

社会福祉法人新潟市社会事業協会
特別養護老人ホーム有明園 様

記入日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

■入所希望者氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳

1.本人の状況	要介護度	1	2	3	4	5
---------	------	---	---	---	---	---

認知症による 不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
-----------------	-------	------	------	----

2.在宅サービスの 利用度	在宅サービス 利用度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
------------------	------------------	-------	-------	-------	-------

3.主たる介護者 家族等の状況	①世帯の状況	独居	高齢者のみ	その他 ()
	②主たる介護者の 年齢・続柄	歳		続柄 ()
	③介護者の障がい・疾病	なし	あり	()
			介護は困難・多少は可能・可能 (該当の所に○印)	
	④介護者の就労	なし	あり	(職種等)
			勤務状況 日/週 時間/1日	
	⑤介護者の育児、 家族の病気等	なし	あり	()
⑥他の同居介護補助者	なし	あり	(続柄: 日/週程度)	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり	(続柄: 日/週程度)	

【特記事項】(ご家族の状況、困っている点など)

.....

.....

.....

.....

.....