

社会福祉法人 せとうち

特別養護老人ホーム プレジール箕島

ユニット型特別養護老人ホーム プレジール箕島

入所申込案内

1、必要書類

- ①特養入所申込書
- ②調査票(ケアマネジャー、相談員等記入)
- ③介護保険証のコピー
- ④直近3ヶ月分のサービス利用表及び別表の写し(該当者のみ)
- ⑤介護支援専門員等意見書(該当者のみ)
- ⑥介護保険負担限度額認定証のコピー(お持ちの方のみ)

※①、②、③の書類がないとお申込みの受付ができませんので、ご注意ください。

2、お申込みについて

※申込必要書類を窓口に直接お持ちいただくか、郵送にてお申込みください。

施設見学に来られる際は、事前にご連絡ください。

※記入漏れ、書類の不備・不足等がございますとお申込み完了とならない場合がございます。
また、【介護上の悩みや困っていること】が入所判断に重要な要素となりますので、
出来る限り詳しくご記入ください。

※要介護度変更、介護状況変化、ご連絡先変更等の際は必ずご連絡ください。

※「社会福祉法人せとうち特別養護老人ホーム入所に関する指針」に従い、入所の必要性が
高い方から入所決定となります。

申込み順ではございませんので、ご理解の上お申し込みいただきますようお願いいたします。

※他の特別養護老人ホームへ入所決定となった場合や、事情により申込みを
キャンセルされる場合は、必ず当施設へご連絡いただきますようお願いいたします。

お問い合わせ先

社会福祉法人 せとうち

特別養護老人ホーム プレジール箕島

ユニット型特別養護老人ホーム プレジール箕島

〒721-0957

福山市箕島町7504番地3

TEL 084-920-2560

FAX 084-920-2561

調 査 票

記入日		年 月 日		記 入 者	氏 名	入所申込者 との関係		
					所 属 名			
					所 属 住 所		〒	
					電 話		() -	
入 所 申 込 者 の 状 況	フリガナ				施設記入欄			
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	現住所		〒					
	医 療 状 況	現在治療中の病名						
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名						
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 計÷支給限度額合計](小数以下四捨五入)により算 出					
入 所 申 込 者 の 身 体 状 況 等	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声かけ誘導・一部介助・全介助)			
	意 思 疎 通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可		移 動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
	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 <input type="checkbox"/> トロミ 主食(普通・粥・軟飯・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・刻み・ミキサー)		入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴・一般浴)			
	整 容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		麻 痺 ・ 拘 縮	麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) 拘縮: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(肩・肘・手指・股・膝・足首)			
	身 長	cm (計測日:) ※分かる場合		体 重	kg (計測日:) ※分かる場合			
	認 知 症 ・ 精 神 状 態 等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度:] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし						
	手 帳 の 有 無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:)						
		療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)						
		精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)						

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない	
介護支援専門員等の意見	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難	
	内容：	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由	
	内容：	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担	
内容：		
<input type="checkbox"/> 住環境		
内容：		
<input type="checkbox"/> その他		
内容：		
その他特記事項		

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

提出日 年 月 日

ユニット型特別養護老人ホーム プレジール箕島

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄
施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。
年 月 日 (入所申込者) 名前

申請者(連絡先)
住所 〒 -
電話 () -
携帯 () -
連絡が取りやすい時間 月 火 水 木 金 土 日
時 分 ~ 時 分
名前 申込者との関係 いつでも可

入所申込者の状況
フリカ`ナ 性別 保険者
名前 印 男・女 被保険者番号
生年月日 明・大・昭 年 月 日 要介護状態区分 要介護(1・2・3・4・5)
現住所 〒 - 要介護認定有効期間 年 月 日から 年 月 日まで
状況
□自宅で一人で暮らしている □自宅で家族と暮らしている
□老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は次の項目にご記入ください)
※施設名又は病院名:
※所在地:
※入所又は入院時期: 年 月頃から
住環境
□車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難
□住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難
□その他()
[要介護1又は2の入所申込者のみ記入]
※在宅生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障がい・精神障がい等、単身世帯・同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であることがわかるように)
入所希望時期
□今すぐ入所したい
□ 年 月頃(まで・以降)に入所したい
医療の状況
□経管栄養 □胃ろう □中心静脈栄養(IVH) □インシュリン注射 □じょく瘡(床ずれ)
□在宅酸素 □バルーンカテーテル □人工肛門 □人工膀胱 □その他()
特養申込状況
□当該施設のみ申し込み
□他の施設にも申し込みをしている(申し込みをしている施設名:)
□他の施設にも申し込みを検討している(申込み予定施設名:)
主介護者
フリカ`ナ 性別 本人との関係
名前 男・女 生年月日 大・昭・平 年 月 日
同居有無 □同居 □別居(□同一市内 □県内市外 □県外) □その他()
その他の介護者
名前 年齢 □同居 □別居(□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係
名前 年齢 □同居 □別居(□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係
名前 年齢 □同居 □別居(□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係
名前 年齢 □同居 □別居(□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係
名前 年齢 □同居 □別居(□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係

