

## 入居申し込みの皆様へ

この度は地域密着型介護老人福祉施設「和の郷 鞍月」にお問い合わせ頂き、誠に有難うございます。  
当施設では、入居について介護の必要性やご家庭の状況からサービスを受ける必要性が高いと認められる方が優先的に入居できるよう、一定の評価基準で判断し、入居順番を決定しております。  
つきましては、下記のとおり入居申込みの手続きを行って頂きます様、お願い申し上げます。

### ※要介護認定について

特別養護老人ホームは要介護3～5の認定を受けている方が入居できます。  
要介護認定を受けていない方は各市町に要介護認定の申請を行ってください。  
当施設での代理申請も出来ますので、お気軽にご相談ください。  
要介護1や要介護2の方は市町村に資料を提出し、意見を聞き、特例入居の対象となるか認められれば申し込み待機や入居が可能となる手順となります。

### ※提出書類

1. 入居申込書
2. 介護支援専門員等意見書（担当ケアマネ、病院相談員等へ依頼）
3. 入居希望者状態確認表（担当ケアマネ、病院相談員等へ依頼）
4. 緊急連絡先
5. 介護保険者証の写し
6. 直近3ヶ月のサービス利用表・別表の写し（在宅サービスご利用の方のみ）

### ※申し込み方法

提出書類がそろいましたら、開設前の為、下記電話番号へご連絡してください。

### ※問い合わせ先

入居申込みにあたり、ご質問等ございましたら、下記までお気軽にお問い合わせください

〒920-8215

石川県金沢市直江西 1-94  
特別養護老人ホーム 和の郷 鞍月  
(なごみのさと くらつき)

担当：生活相談員  
TEL 076-254-0710

# 入居申込書

特別養護老人ホーム 和の郷 鞍月  
施設長 殿

受付日 年 月 日

特別養護老人ホームに入居を申込みます。

|          |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                          |
|----------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|
| 本人の状況    | フリガナ                                                     | 性別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | フリガナ        | 続柄                       |
|          | 氏名                                                       | 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 氏名          |                          |
|          | 生年月日                                                     | 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 〒           |                          |
|          | 住所                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所          | TEL                      |
|          | 今後の連絡先                                                   | 住所〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 氏名          | TEL                      |
|          | 被保険者番号                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 身体障害者手帳等の有無 | 有 ・ 無                    |
|          | 要介護度                                                     | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                          |
|          | 現況                                                       | 1 自宅で独り暮らし 2 高齢者世帯 3 家族と同居<br>4 施設又は病院に入所(院)中 施設名又は病院名<br>5 その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                          |
|          | 入居申込の理由<br>(該当するものすべてを選んでください。)                          | <input type="checkbox"/> 介護する者がいない。<br><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難。<br><input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難。<br><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難。<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難。<br><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難。<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |             |                          |
|          | 医療の状況                                                    | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他<br>【現在治療中の病気、受診している病院・過去の病歴】                                                                                                                                                                       |             |                          |
| 他施設等申込状況 | 有 ・ 無                                                    | 有の場合施設名をご記入ください。<br>1 2 3 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                          |
| 主たる介護者   | フリガナ                                                     | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 本人との続柄      | 同居の区分                    |
|          | 氏名                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             | 同居・別居                    |
|          | 身体障害者手帳等の有無                                              | 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 要介護認定の有無    | 有・無<br>支援1・支援2・1・2・3・4・5 |
| 同居家族構成   | 氏名                                                       | 続柄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 氏名          | 続柄                       |
|          |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                          |
|          |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                          |
| 説明・同意    | 入居順位決定方法について説明を受けましたので、同意し、入居を申込みます。<br>令和 年 月 日 申込者氏名 印 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                          |

|           |                                     |
|-----------|-------------------------------------|
| 主たる介護者の意見 | 「家庭での介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。」 |
|-----------|-------------------------------------|

### ※ 記載について

- 「申込者」：本人又は本人を代理する家族等になります。
- 「今後の連絡先」：本人又は本人を代理する家族などで確実に連絡が取れる方。
- 「被保険者番号」：介護保険被保険者証の被保険者番号を記入ください。
- 「要介護度」：〃 の要介護状態区分等の要介護度を記入ください。
- 「身体障害者手帳の有無」：有・無を○で囲んでください。( )内には手帳名を記入ください。
- 「現況」：該当する番号を○で囲んでください。  
施設又は病院等に入所(院)中の場合は施設名又は病院名を記入ください。
- 「入所申込の理由」：該当する項目に(レ)を入れてください(複数可)。
- 「医療の状況」：該当する項目に(レ)を入れてください(複数可)。
- 「他施設等申込状況」：有・無を○で囲んでください。  
有に○の場合、参考までに施設名を記入ください。
- 「主たる介護者」：主に介護を行っている方について記入ください。また、同居、別居のいずれかを○で囲んでください。施設、病院に入所(入院)中の方は退所(院)後、予定される主たる介護者を記入ください。自宅に戻っても介護者がいない場合は氏名欄に「介護者なし」と記入ください。
- 「同居家族構成」：摘要欄に、就業、大学・高校生・中学生・小学生、等と記入ください。
- 「説明・同意」：申込者は施設より入所について、説明を受け、同意してください。

<要介護1または2の方の申し込みの場合は下記についてもご記入ください>

- ・居室において日常生活を営む事が困難な事についてのやむをえない理由(下記ア～エ)のうち、該当する項目にチェックの上、具体的な状況をご記入ください。
- ア 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見られる
- イ 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
- ウ 家族等から深刻な虐待を受けていること等により、心身の安全の確保が困難である
- エ 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

※具体的な状況※

特別養護老人ホーム入居申込書について、石川県または市町村から情報を求められた場合や報告する必要がある場合には、提出することに同意します。

令和 年 月 日

申込者氏名

# 介護支援専門員等<sup>(※)</sup>意見書

令和 年 月 日 現在

|         |     |            |     |
|---------|-----|------------|-----|
| 入居申込者氏名 |     | 所属事業所名     | tel |
| 入居申込者住所 | tel | 介護支援専門員等氏名 | 印   |

次の事項について把握されている範囲でご記入ください

## 1.本人の状態

- ア 要介護度：要介護 1 2 3 4 5  
 イ 認知症の有無：認知症高齢者日常生活自立度 I IIa IIb IIIa IIIb IV M  
 ウ 行動障害等の有無：有(内容： ) 無  
 エ その他( )

## 2.本人の生活の状況(在宅サービス等の利用状況)

- ア 在宅サービスの利用状況(直近1ヶ月の在宅サービス利用状況)  
 ( )  
 イ その他(居住の状況)  
 ( )

## 3.家族・介護者等の状況

- ア 主介護者の状況(主介護者の有無、健康状態等)  
 ( )  
 イ 主介護者の介護の関わり(就労、育児等による介護可能時間の有無)  
 ( )  
 ウ 主介護者以外の家族等の協力状況  
 ( )  
 エ 住環境(劣悪な住環境、バリアフリー対応等)  
 ( )  
 オ その他(介護者の心的負担の状況、経済状況等の特記事項)  
 ( )

## 4.在宅(現居住地)での介護の継続について(下記から選択願います)

- 現在の状況で継続可能  
 在宅サービスの追加等で継続可能  
 在宅介護の継続は困難(下記に具体的理由を記載願います)

<在宅介護の継続が困難な理由>

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員が関わっていない場合には、他の適当な者(病院のソーシャルワーカー、他施設介護支援専門員、生活相談員等)に、ご協力を求めて下さい

## 入居希望者状態確認票

令和 年 月 日 現在

|       |                             |                                      |        |              |               |     |      |  |
|-------|-----------------------------|--------------------------------------|--------|--------------|---------------|-----|------|--|
| ふりがな  |                             |                                      | 性別     | 生年月日         |               | 年齢  | 要介護度 |  |
| 氏名    |                             |                                      | 男・女    | M. T. S. H   | 年 月 日         |     | 要介護  |  |
| 起立・移動 | 起立状況                        | 立ち上がれる・介助にて立ち上がる・立ち上がれない             |        |              |               |     |      |  |
|       | 使用品                         | 杖・四点杖・歩行器・シルバーカー・車いす・リクライニング型車いす・他   |        |              |               |     |      |  |
|       | 移動状況                        | 独歩・見守り必要・一部介助必要・全介助                  |        |              |               |     |      |  |
|       | 転倒                          | よく転ぶ・時々転ぶ・転ばない                       | 転倒歴    | 有・無          | 骨折歴           | 有・無 |      |  |
|       | 特記事項                        |                                      |        |              |               |     |      |  |
| 排泄    | 排泄方法                        | トイレ・ポータブルトイレ(常時・夜間のみ)・オムツ・バルーン・ストマ・他 |        |              |               |     |      |  |
|       | 排泄状況                        | 自分で可能・見守り必要・一部介助必要・全介助               |        |              |               |     |      |  |
|       | 使用品                         | 尿取りパット・紙パンツ・紙オムツ・他                   |        |              |               |     |      |  |
|       | 特記事項                        |                                      |        |              |               |     |      |  |
| 食事    | 主食                          | 軟飯・粥・ミキサー・他                          |        |              | 家族構成(キーパーソン☆) |     |      |  |
|       | 副食                          | 軟菜・キザミ・ミキサー・他                        |        |              |               |     |      |  |
|       | 補助食品                        | 不要・要( )                              |        |              |               |     |      |  |
|       | 嗜好品                         | 牛乳・お茶・コーヒー・他                         |        |              |               |     |      |  |
|       | アレルギー                       | 水分制限 /日                              |        |              |               |     |      |  |
|       | 治療食                         | 不要・要                                 | 胃瘻     | 内容           |               |     |      |  |
|       | 使用具                         | 箸・スプーン・エプロン・他                        |        |              |               |     |      |  |
|       | 摂取状況                        | 自分で可・見守り要・一部介助・全介助                   |        |              |               |     |      |  |
|       | むせ                          | よくむせる・時々むせる・むせ無                      |        |              |               |     |      |  |
|       | 特記事項                        |                                      |        |              |               |     |      |  |
| 整容    | 着脱状況                        | 自分で可能・見守り必要・一部介助必要・全介助               |        |              |               |     |      |  |
|       | 口腔ケア                        | 自分で可能・見守り必要・一部介助必要・全介助               | 義歯     | 有・無          | 上・下           |     |      |  |
| 入浴    | 方法                          | 一般浴・座位式リフト浴・臥位式機械浴・他                 |        |              |               |     |      |  |
| 認知症状  | 夜間不眠                        | よくある・時々ある・ない                         | 徘徊     | よくある・時々ある・ない |               |     |      |  |
|       | 異食                          | よくある・時々ある・ない                         | 大声を出す  | よくある・時々ある・ない |               |     |      |  |
| 疾病    | 主な病気                        |                                      |        |              | 内服 有・無        |     |      |  |
|       | 特記事項                        |                                      |        |              | (内容)          |     |      |  |
| 職歴    |                             |                                      | 趣味     |              |               |     |      |  |
| 視力    | 見える・大きなものは見える・殆ど見えない・全く見えない |                                      |        |              |               |     |      |  |
| 聴力    | 聞こえる・大きな声なら聞こえる・殆ど聞こえず・聞こえず |                                      |        |              |               |     |      |  |
| 眼鏡    | 使用・未使用                      | 補聴器                                  | 使用・未使用 | 身長           | 体重            |     |      |  |
| その他   |                             |                                      |        |              |               |     |      |  |

# 緊急連絡先

利用者名 \_\_\_\_\_

※緊急時の連絡順にご記入ください。①、②は必ずご記入をお願いします。

|   |                                |  |         |  |       |   |   |    |
|---|--------------------------------|--|---------|--|-------|---|---|----|
| ① | 名前                             |  | 続柄      |  | T・S・H | 年 | 月 | 日生 |
|   | 住所                             |  |         |  |       |   |   |    |
|   | 自宅電話番号                         |  | 勤務先     |  |       |   |   |    |
|   | 携帯電話番号                         |  | 勤務先電話番号 |  |       |   |   |    |
|   | メールアドレス(緊急時以外<br>メールでの連絡を希望の方) |  |         |  |       |   |   |    |

|   |                                |  |         |  |       |   |   |    |
|---|--------------------------------|--|---------|--|-------|---|---|----|
| ② | 名前                             |  | 続柄      |  | T・S・H | 年 | 月 | 日生 |
|   | 住所                             |  |         |  |       |   |   |    |
|   | 自宅電話番号                         |  | 勤務先     |  |       |   |   |    |
|   | 携帯電話番号                         |  | 勤務先電話番号 |  |       |   |   |    |
|   | メールアドレス(緊急時以外<br>メールでの連絡を希望の方) |  |         |  |       |   |   |    |

|   |                                |  |         |  |       |   |   |    |
|---|--------------------------------|--|---------|--|-------|---|---|----|
| ③ | 名前                             |  | 続柄      |  | T・S・H | 年 | 月 | 日生 |
|   | 住所                             |  |         |  |       |   |   |    |
|   | 自宅電話番号                         |  | 勤務先     |  |       |   |   |    |
|   | 携帯電話番号                         |  | 勤務先電話番号 |  |       |   |   |    |
|   | メールアドレス(緊急時以外<br>メールでの連絡を希望の方) |  |         |  |       |   |   |    |

|   |                                |  |         |  |       |   |   |    |
|---|--------------------------------|--|---------|--|-------|---|---|----|
| ④ | 名前                             |  | 続柄      |  | T・S・H | 年 | 月 | 日生 |
|   | 住所                             |  |         |  |       |   |   |    |
|   | 自宅電話番号                         |  | 勤務先     |  |       |   |   |    |
|   | 携帯電話番号                         |  | 勤務先電話番号 |  |       |   |   |    |
|   | メールアドレス(緊急時以外<br>メールでの連絡を希望の方) |  |         |  |       |   |   |    |

※ 緊急時にご希望する医療機関(夜間救急搬送時は救急隊指定の病院となります)

入居時必要物品

※すべてのものに記名してください※

| 家族<br>チエツ | 職員<br>チエツ |             |                             |
|-----------|-----------|-------------|-----------------------------|
|           |           | 内服薬         | 事前に受診していただき処方された分 1週～2週間分   |
|           |           | 下着          | 5枚 脱ぎ着しやすいもの                |
|           |           | 普段着         | 5枚 洗濯しやすく乾きやすいもの            |
|           |           | パジャマ        | 3組                          |
|           |           | 上着          | 2枚                          |
|           |           | 外出着         | 上下1組                        |
|           |           | 帽子          | 1枚                          |
|           |           | 靴下          | 5足                          |
|           |           | タオル         | 5枚                          |
|           |           | バスタオル       | 5枚                          |
|           |           | ティッシュペーパー   | 施設での準備はありません。月に一度、持参ください    |
|           |           | 義歯洗浄剤・義歯ブラシ | 入れ歯使用者。月に一度、持参ください          |
|           |           | 入れ歯ケース      | 1個                          |
|           |           | 歯ブラシ        | 月に一度、持参ください                 |
|           |           | 歯磨き粉        | 残歯ある方                       |
|           |           | 電気ひげそり      | 男性・必要な方。手動のかみそりの持参はご遠慮ください  |
|           |           | タオルケット      | 夏場・必要な方                     |
|           |           | 毛布          | 冬場・必要な方                     |
|           |           | 食器類         | 使い慣れたもの(ご飯・おつゆ茶碗、箸、スプーン等)   |
|           |           | コップ         | 2個 うがい用、水分補給用のプラスチック        |
|           |           | 靴           | 内履き スリッパ以外のはきやすいもの          |
|           |           |             | 外履き つっかけ等以外のはきやすいもの         |
|           |           | クッション等      | 必要に応じ、枕や体交時等に使えるもの          |
|           |           | 時計          | 置時計、居室に置くもの・必要な方            |
|           |           | その他         | ひざ掛け・座布団、本人に必要なものや愛用品等、ハンガー |

※ご不明な点があれば、生活相談員まで連絡ください。 076-254-0710