

入所希望の皆様へ

社会福祉法人 芳梅会  
特別養護老人ホーム 木津芳梅園  
施設長 武田 暁

## 入所申込のご案内について

この度は、当施設へ入所のお問い合わせをいただき誠にありがとうございます。

入所をご希望される方は、下記の書類を当施設までご提出くださいますようお願いいたします。

- (1) 入所申込書（ご家族記入）【別紙 1枚】
- (2) 入所に関する評価票（担当ケアマネージャー等記入）【別紙 1枚】
- (3) ADL表（担当ケアマネージャー等記入）【別紙 1枚】
- (4) 介護保険証のコピー

※提出いただく書類は、お手数ですがコピーを取り、申込者様の控えとして保管してください。

※「入所申込書」と「入所に関する評価票」「ADL表」は記入漏れのないようお願いいたします。記入漏れや、提出書類に不備があると、正確な判定ができず、入所順位に支障をきたしますので、ご注意ください。

※申し込み後に、記載内容に変更があった場合や、他施設に入所されるなどして入所を辞退される場合は、お手数をお掛け致しますが、ご連絡いただきますようお願いいたします。

当法人は、利用者及びその家族の情報につきましては、個人情報保護法に沿って十分な管理の下で使用しており、情報漏洩のないよう取り扱っています。入所申込者の個人情報においても十分なる注意をもって取り扱い、他の目的に使用することはありません。

### ○問い合わせ先

特別養護老人ホーム木津芳梅園

〒619-0211 京都府木津川市鹿背山東大池 4-1

TEL：0774-72-8246/FAX：0774-72-0153

担当：生活相談員 藤林

## (1) 入所順位の取り扱いについて

当施設におきましては、「京都府指定介護老人福祉施設等入所指針」に基づき、入所の必要性を判定する基準を設け、入所判定委員会において入所待機者順位を決定しております。

## (2) 入所の必要性を判定する基準

- ①要介護度・日常生活自立度
- ②居宅サービスの利用状況
- ③介護者の状況
- ④その他緊急性や住居環境等

などを総合的に評価して入所を決定いたします。

## (3) 入所の時期

当施設の居室に空きが生じた場合は、入所待機者順位に基づいて、当施設からご連絡いたします。その後、担当者による面接調査を行い、主治医からの診療情報提供書を確認後、入所の決定をさせていただきます。

なお、申込者等の都合により、一時辞退があった場合は、その辞退理由を勘案して順位の繰り下げや取り消しを行う場合がありますのでご了承ください。

## (4) 申込の有効期限について

入所申込書の有効期限は、申込月の2年後の同一月の月末までです。引き続き入所を希望される方は、有効期限が到来する前に入所申込書を再提出してください。

有効期限が近付いてもお知らせは致しません。ただし、再申請がないまま有効期限を経過した方に対しては、「待機者名簿から削除する」旨の通知を送付いたします。引き続き入所を希望する方は、改めて申込書を提出してください。

## (5) その他

- ①入所申込書を提出後、ご本人やご家族の状況等が変わった場合は、入所順位の見直しを行いますので、施設へご連絡ください。
- ②入所申込書を提出された後に入所申し込みをキャンセル(他施設入所やご逝去を含む)される場合は、速やかに施設にご連絡ください。

特別養護老人ホーム 木津芳梅園入所申込書

申込日 令和 年 月 日	新規申込 ・ 継続申込
--------------	-------------

※ご連絡や郵便物などは下記連絡先にさせていただきます。

申込者 (連絡先)	住所：〒	
	(フリガナ)	
	氏名：	(続柄： )
	電話：	携帯：

入所希望者本人の状況

(フリガナ)		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	大 ・ 昭 年 月 日 ( 歳)
現住所	〒		
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	被保険者番号	
要介護 認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	被保険者 (市町村)	
現在の居住 状況	<input type="checkbox"/> 在宅で生活している <input type="checkbox"/> 病院や施設で生活している(施設名： )		
	入所または入院期間： 年 月から入院・入所している		
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 75歳以上のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯		

※世帯の状況は、病院や施設に入所中でも、在宅に戻った際の世帯の状況でご記入ください。

介護者の状況について

<input type="checkbox"/> 介護者無し <input type="checkbox"/> 介護者が75歳以上 <input type="checkbox"/> 介護者が別居家族(同敷地以外) <input type="checkbox"/> 介護者が入院中または療養中 <input type="checkbox"/> 介護者が障害を有する、または要介護 <input type="checkbox"/> 介護者による十分な介護が困難(育児、看護、就労、複数人を介護している)
---

住宅の状況について

<input type="checkbox"/> 十分な居宅サービスを受けるのに困難な立地または住居 <input type="checkbox"/> 住宅改修が必要だが、家主の承諾が得られない、敷地が極小等の理由で改修できない <input type="checkbox"/> 住宅改修が必要だが、経済的理由で改修できない <input type="checkbox"/> 入院、入所中であるが、戻る家がない <input type="checkbox"/> 住宅に問題はない
--

上記入所希望者について、介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望します。

申込予定	貴施設のみ ・ 他施設にも申し込む ケ所(予定)
申込理由	
同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、この申込内容を入所判定委員会で閲覧することに同意します。 _____ 年 月 日 氏名

入所に関する評価票（原則、介護支援専門員が記入）

担当者について

事業所・病院・施設名：	担当者名：
住所：	電話番号：

日常生活自立度について

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症高齢者の日常生活自立度
I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

※日常生活自立度については、ご本人の「主治医意見書」に記載されている「日常生活自立度」を記入してください。

現在利用中の居宅サービスの内容について

居宅サービス種類と頻度
<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問看護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問リハ（週 回） <input type="checkbox"/> 通所介護（週 回） <input type="checkbox"/> 通所リハ（週 回） <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（週 回） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（月 日） <input type="checkbox"/> 短期入所療養（月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）
居宅サービス利用限度額の割合
<input type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 20～60%未満 <input type="checkbox"/> 20%未満

医療の状況について

<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <現在治療中の病気や既往歴など>
--

行動障害について

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他（ ） <特記事項>
---

在宅生活継続の可能性について

<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> これ以上居宅サービスを利用しても支障がある <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用すれば在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> 検討の余地あり（ ） <特記事項>
--

ADL の状況（原則、介護支援専門員が記入）

氏名（ ） 記録担当者（ ） 年 月 日

既往歴・ 現病歴等	既往歴：
	現病歴：
	特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有：
歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> シルバーカー使用
	特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有：
移動・移乗等	車椅子： <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移 乗： <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	立ち上がり： <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有：
排泄	日 中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	夜 間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	おむつ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿パットのみ <input type="checkbox"/> パンツ型 <input type="checkbox"/> テープ式 <input type="checkbox"/> 夜間のみ
	場 所： <input type="checkbox"/> トイレ（ <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間） <input type="checkbox"/> Pトイレ（ <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間） <input type="checkbox"/> ベッド上（ <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間）
	尿 意： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あるが間に合わない <input type="checkbox"/> なし
	便 意： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あるが間に合わない <input type="checkbox"/> なし
	特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有：
衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有：
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有：
会話	意思疎通： <input type="checkbox"/> 概ね可能 <input type="checkbox"/> 何とか可能 <input type="checkbox"/> 不可能
	特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有：
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	療養食： <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有：
その他の 対処方法	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有：