≪入所申し込みのご案内≫

たくさんの施設のなかから、特別養護老人ホームみよし園を選んでいただき
ありがとうございます。
下記の書類をご用意の上、申し込みをお願いいたします。

■　入所申し込み書類
・ご家族様で記入をお願いいたします。
① 特別養護老人ホーム　みよし園　入所申請書
② 介護者の状況
③ 生育歴
④ みよし園を利用されるご本人様及びご家族様へ
⑤ ADL（日常生活動作）表（１枚）
これは、現在利用されているサービス機関の職員の方に記入を
お願いしてもかまいません。
⑥ 診療情報提供書（健康診断書）は入所が決まりましたらご用意ください。
⑦ 「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」は、
入所申し込みを取り下げる際に提出をお願いいたします。

■　添付書類
イ　介護保険証の写し（介護保険負担限度額証の写し）
ロ　後期高齢者医療被保険者証の写し
（後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証の写し）
ハ　介護認定調査票の写し
ニ　サービス利用表（在宅サービス利用の場合）

■その他
入所につきましては、埼玉県の入所評価基準に基づき点数化をし、順番を
決定します。申込順ではありませんので、予めご了承ください。

ご不明な点は遠慮なくお問い合わせください。お待ちしております。

社会福祉法人　三芳厚生福祉会
特別養護老人ホーム　みよし園

年　　月　　日

特別養護老人ホームみよし園
入所申請書

住所:

申込者　氏名:　　㊞

利用者との続柄

電話:

携帯電話:

【利用対象者の状態を、下記の設問に従ってご記入下さい。】
全て記入して頂かないと、無効となる場合があります。

住所	〒　　TEL FAX	
(ふりがな) 氏　名	男・女	生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日　　歳
利用 理由		
現在	□　自宅　□　病院　□　老人保健施設　□　その他	
入所希望 時　期	1、　今すぐ入所したい 2、　　年　　月頃までに入所したい	希望部屋 多床室・個室・どちらでも
介護保険	・介護保険　　被保険者番号(　　) 保険者番号(　　) 保険者の名称(市町村名)　(　　) ・介護認定　　要支援　1　・　2 要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5 ・介護認定交付年月日　　年　　月　　日 ・介護認定年月日　　年　　月　　日(初回　・　　回) ・介護認定有効期限　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 ・介護保険負担限度額認定証 有　→(食費の負担限度額　300円　390円　650円　1360円)・無	
医療保険	・後期高齢者医療被保険者証番号(　　) ・国民健康保険　　(　本人　・　家族　) ・社会保険　　(　本人　・　家族　)	
その他	・生活保護　　(　　福祉事務所)	
身障手帳 (お持ちの方)	障害名　　記号番号 種　　級　　取得年月日	

介護者の状況

（ふりがな） 利用者氏名	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年　月　日

身元引受人	（ふりがな） 氏 名	続柄
	〒 住所	TEL FAX e-mail
	※上記以外に連絡先の必要な方はご記入下さい。 連絡先名称（会社名など）	TEL
	時間帯　時　～　時	

介護者の状況	主たる介護者	（ふりがな）		性 別	本人との関係
		氏 名		男 ・ 女	
		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　年　月　日（　歳）		
		同居の区分	1 同居　2 別居（　）		
	主たる介護者が障害や疾病の状況にある	介護困難	多少介護困難	介護可能	なし
	主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある	常時の育児・看病が必要	半日育児・看病が必要	時々育児・看病が必要	なし
	主たる介護者が複数の介護をしている	介護困難	多少介護困難	介護可能	なし
	主たる介護者の就労の状況	8時間以上 高齢で就労不能	4時間以上 8時間未満	4時間未満	なし
	従たる介護者	（ふりがな）		性 別	本人との関係
		氏 名		男 ・ 女	
		同居の区分	1 同居　2 別居（　）		
	従たる同居介護者の状況	従たる同居介護者がいない	介護困難	多少介護困難	介護可能
	別居している血縁者による介護の可能性	別居している血縁者がいない	介護困難	多少介護困難	介護可能

その他	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない理由 （要介護1又は2のみ記載）	□ 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 □ 知的障害・精神障害を伴い、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等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 □ 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な状況である

説明確認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 年　月　日　氏 名 ：

＊ 1、認定調査票（写）、被保険者証（写）、サービス利用表（写）を添付してください。

＊ 2、入所の必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください

＊ 3、申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡してください。

生育歴

生まれ育った場所、職歴、ご結婚された時期や家族構成(子供の人数、同居しているということなら、どなたが同居されているのか)など今までどのように生活をされていたかをご記入下さい。

家族状況

氏　　名	続　柄	年　齢	職　業

医療受診歴

わかる範囲で良いので、いつから、どんな病気で、どこに受診または入院されたのか、入院期間もご記入下さい。

プロフィール

現在又は以前の趣味やご家族から見てどんな性格かなど、ご本人様に関することを何でもよいのでご記入下さい。

現在利用されている在宅サービス
または老人保健施設入所前に利用されていた在宅サービス

☐ 訪問介護
☐ 訪問入浴介護
☐ 訪問看護
☐ 訪問リハビリテーション
☐ 通所介護
☐ 通所リハビリテーション
☐ 短期入所生活介護
☐ 短期入所療養介護
☐ 福祉用具の貸与・購入費の支給

利用期間　☐ 1年未満　☐ 1年以上

利用状況(1ヶ月間)　☐ 40%未満　☐ 40%以上80%未満　☐ 80%以上

みよし園を利用されるご本人様およびご家族様へ

◎　介護計画書(ケアプラン)を作成するために、
　　下記に必ずご記入下さるようお願い致します。
◎　入所後、約2週間のケアプランを入所日当日にご説明致します。
◎　入所後、ご本人様の状態を評価し、ケアプランを立案、
　　ご家族様に内容のご説明をさせていただきます。

ご本人様およびご家族様の介護に対する意向

◎ご本人様

◎ご家族様

ADL（日常生活動作）表

記入日　　年　　月　　日

様　　記入者:　　続柄:

身長　　cm　体重　　kg（　　年　　月　　日現在）

1	1	麻痺	□なし　□あり　（□右上肢　□右下肢　□左上肢　□左下肢　□その他（四肢の欠損）				
	2	拘縮	□なし　□あり（部位:　　）				
		特記事項					
2	1	起き上がり	□自立　□見守り　□何かにつかまれば可　□全介助				
	2	立ち上がり	□自立　□見守り　□何かにつかまれば可　□全介助				
	3	寝返り	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	4	座位保持	□自立　□支えがあれば可　□不可	
	5	移乗	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	6	立位保持	□自立　□支えがあれば可　□不可	
	7	移動	□歩行（□独歩　□杖　□歩行器　□シルバーカー　□伝い歩き）　□車椅子（□自走　□介助）				
	8	転倒歴	□なし　□あり（頻度:　　）　どのような時に（　　）				
		特記事項					
3	1	食事摂取	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助【□箸　□スプーン　□フォーク　□自助具（特記へ）】				
	2	飲み込み	□可　□見守り　□不可	むせ込み	□あり　□なし	トロミ	□あり　□なし
	3	食事内容	主食	□米飯　□軟飯　□全粥　□ミキサー粥　□その他（　　）			
			副食	□常菜　□一口大　□キザミ　□極キザミ　□ミキサー　□その他（　　）			
			治療食	□糖尿病食　□心臓病食　□腎臓病食　□その他（　　）			
			制限	□塩分制限（　　g）　□カロリー制限（　　kcal）　□その他（　　）			
			好きな食べ物　:　　嫌いな食べ物　:　　禁食:				
		特記事項					
4	1	口腔ケア	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助				
	2	義歯	□あり（□部分入れ歯（　上・下　）　□総入れ歯）　□なし　□自歯のみ				
		特記事項					
5	1	入浴	□一般浴　□リフト・チェア浴　□機械浴　□シャワー浴　□清拭				
			洗身	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助			
			洗髪	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助			
	2	洗顔	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助				
	3	更衣	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助				
		特記事項					
6	1	排泄動作	□自立　□トイレ誘導（□定時　□訴え時）　□全介助				
	2	用具	□夜だけオムツ　□終日オムツ　□リハビリパンツ　□パット　□バルーンカテーテル				
	3	排泄	排便回数	回　/　日	頻尿傾向	□あり（　分おき）　□なし	
	4		尿意	□あり　□時々あり　□なし	便意	□あり　□時々あり　□なし	
	5		尿失禁	□あり　□時々あり　□なし	便失禁	□あり　□時々あり　□なし	
		特記事項					
7	1	睡眠	□良眠　□時々不眠　□不眠	眠剤使用	□あり（薬品名:　　）　□なし		
	2	起床・就寝	起床　:　頃　就寝　:　頃				
		特記事項					
8	1	視力	□見える　□見えにくい　□ほとんど見えない　□判断不能　（□眼鏡使用）				
	2	聴力	□聞こえる　□大声で　□ほとんど聞こえない　□判断不能　（□補聴器使用:□右　□左）				
	3	会話	□成立する　□簡単な会話はできる　□こちらの話が理解できない　□話が全く通じない				
		特記事項					
9		問題行動	□なし　□妄想　□幻覚　□幻聴　□異食　□暴言　□暴力　□収集　□介護抵抗				
			□不潔行為　□昼夜逆転　□性的問題行動　□その他(特記へ)　□判断不能				
		特記事項	対応策など				
		日常生活自立度	寝たきり	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2			
			認知症	□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M			
10		医療処置の有無	□ペースメーカー（最終点検日　年　月　日）（次回点検予定日　年　月　日） □バルーンカテーテル　□経管栄養（□鼻腔栄養　□胃ろう）　□在宅酸素　□インシュリン注射 □ストーマ（人工肛門）　□気管切開　□シャント（水頭症）　□その他（導尿など）				

特別養護老人ホームみよし園

診療情報提供書（健康診断書）

フリガナ 氏　名				生年月日	M･T･S 年　月　日（　歳）		
住　所	〒			電　話			
身　長	cm	体　重	kg	血　圧		脈　拍	
胸部X線所見				心電図所見			
検　尿	糖	（ ＋ ・ － ）		蛋白	（ ＋ ・ ± ・ － ）		
	潜血	（ ＋ ・ ± ・ － ）		ウロビリ	（ ＋ ・ ± ・ － ）		
褥　瘡	無 ・ 有　（部位　　）						
（糖尿病の方）	HbA1c						
感　染　症	TPHA	（ ＋ ・ － ）		結核	（ ＋ ・ － ）		
	STS	（ ＋ ・ － ）		MRSA（鼻腔）	（ ＋ ・ － ）		
	HB s抗原	（ ＋ ・ － ）		疥癬	（ ＋ ・ － ）		
	HCV抗体	（ ＋ ・ － ）					
既　往　症							
現在の病名とその経過							
現在の処方				アレルギー（食べ物含む）禁忌			
精神・認知等の状況							
その他の検査結果及び所見等							

上記の状態なので施設入所については問題は（ない・ある）と認めます。

年　月　日

医療機関　所在地
名称

医師氏名　　㊞

特別養護老人ホーム　みよし園

特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書

年　　月　　日

特別養護老人ホームみよし園　施設長

申込者

住所：

氏名：

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム優先入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

１　申込み日

年　　月　　日

２　優先入所希望者

住所：

氏名：

３　取り下げる理由