

入所の申し込みについて

社会福祉法人大裕会
特別養護老人ホーム ひだまりの杜

社会福祉法人 大裕会では令和6年4月に「特別養護老人ホーム ひだまりの杜」を開設する事となりました。

申し込み方法は、次の様になりますので、入所申込書にご記入の上、添付書類とともにご提出いただきますようお願いいたします。

《ご提出していただく書類》

- ① 特別養護老人ホームひだまりの杜入所申込書
- ② 介護保険被保険者証の写し
- ③ 介護保険負担割合証の写し
- ④ 介護保険負担限度額認定証の写し（お持ちの方のみ）
- ⑤ 服薬中の薬の一覧（お薬手帳等）の写し

【ご提出方法について】

- ① 郵送
- ② メール
- ③ 直接提出

いずれかの方法でご提出ください。

直接ご提出していただける方は、お手数ですが事前にご連絡下さい。

【お申込みの取り下げについて】

入所申込を取り下げる場合は、当施設までお知らせください。

ご不明な点などがございましたら、下記までお問合せ下さい。

特別養護老人ホーム ひだまりの杜（開設準備室）

〒286-0033

千葉県成田市花崎町 798DH ビル 3 階

電 話：0476-37-3117

メール：info@daiyuukai.jp

様式1

特別養護老人ホームひだまりの杜入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

申込者(連絡窓口)

住所	〒
氏名	
電話	
メール	

特別養護老人ホームひだまりの杜に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)		性別		被保険者番号														
	氏名		男・女		要介護度	1	2	3	4	5									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日()歳	要介護認定期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで			
	現住所	〒																	
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成・令和 年 月から入所・入院している																	
	(該当するものすべてを選んで下さい)	入所を希望する理由 1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <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なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <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なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <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なため。 <input type="checkbox"/> その他() 2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。																	
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい																	
	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() 【現在治療中の病気・特記事項等】																	
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()																	
	主たる介護者	(フリガナ)		性別		本人との関係													
氏名			男・女		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日										
同居の区分		<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)																	
介護者の介護負担		<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし																	
介護者の障害や疾病		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(_____)																	
介護者の就労		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(職種など _____ 日/週、時間/日)																	
他の要介護者		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(要支援 _____ 要介護 1 2 3 4 5)																	
介護者の育児、家族の病気		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(_____)																	
その他	介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通																	
	他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(続柄 _____ 日/週)																	
	別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(続柄 _____ 日/週)																	
	近隣者などの介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時有り <input type="checkbox"/> 常時あり																	

入所希望者本人の状況	身体の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 【食事の種類】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 【おむつの使用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 【歩行】 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる程度
		言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	認知症や精神の症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 □ 何らかの認知症状や精神症状を有するが、日常生活はほぼ自立している。 □ 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 □ 日常生活に支障がある様な症状が時折見られ、やや介護を必要とする。 □ 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 □ 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする。 ※自傷行為・せん妄・徘徊・奇声・摂食異常・不潔行為・攻撃的行為などの行動 あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度などを具体的に記入	
	ケアマネジャーの状況	依頼時期	年 月 日より
事業所			
所在地		〒	
担当者			
電話番号			
認知症の状況	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ※ ケアマネジャーに確認してください。		

在宅サービスの利用状況

<input type="checkbox"/> デイサービス	週	回程度	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	週	回程度
<input type="checkbox"/> ホームヘルパー	週	回程度	<input type="checkbox"/> ショートステイ	週	回程度
<input type="checkbox"/> 訪問看護師	週	回程度	<input type="checkbox"/> その他(

在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度額割合	<input type="checkbox"/> 60%以上	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 30%以上	<input type="checkbox"/> 30%未満
---------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

入所希望の居室

<input type="checkbox"/> ユニット型居室(個室)を希望する
<input type="checkbox"/> 多床室(4人部屋)を希望する
<input type="checkbox"/> どちらでも良い

受付担当者の意見、その他特記事項など

--

※ 「千葉県指定介護老人福祉施設の入所に関する指針」に沿った適正運営を行います。

※ 入所申込書の記載内容・調査に関し、関係病院や行政機関、担当ケアマネジャーに対して確認・情報提供を行う場合があります。