

## 特別養護老人ホーム えくぼ 入居のご案内

入居希望の皆様

社会福祉法人ななくさ

特別養護老人ホームえくぼ

理事長 武笠真一

この度は、特別養護老人ホームえくぼの入居申込書類をご請求頂きありがとうございます。

入居ご希望の方は入居申込書 **1～3** に必要事項を記入し、下記の書類を揃え

特別養護老人ホームえくぼ まで郵送・持参ください【申込書類を持参する場合は電話にて持参する日時の予約をお願い致します】

### 【 申込時提出書類 】

1. 特別養護老人ホームえくぼ 入居申込書 **1・2・3**
  2. 介護保険被保険者証 (写し)
  3. 直近の介護認定調査票写し(認定調査票は主治医意見書があればなお可)  
(写しの発行を各市区町村の介護保険課でお願いして下さい)
  4. 介護保険負担割合証 (写し)
  5. 介護保険負担限度額認定証 (お持ちの方のみ写し)
  6. 直近3か月のサービス利用票 (在宅サービス利用中・利用歴のある方)
- ※1～4は必ず提出してください。5・6に関してはある方のみ提出してください。

施設へ入居するには

要介護認定を受けられた方で、下記の対象の方が入居できます。

- ・要介護3以上の方
- ・要介護1または2の要介護者であって、居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、そのやむを得ない事由により特例的な施設への入居が認められる方
- ・医療行為(胃ろう・バルーンカテーテル・人工肛門・インスリン注射等)のある方は電話にて個別にご相談を受け付けます。
- ・床ずれ(褥瘡)のある方は申込み前に必ずご相談ください。

### 【申込書類の提出・問い合わせ先】

〒343-0851 埼玉県越谷市七左町 6-191-1

社会福祉法人ななくさ

特別養護老人ホームえくぼ

TEL 048-987-4787 FAX 048-973-7227

生活相談員 野本



**特別養護老人ホームえくぼ 入居申込書 2**

※該当する項目に記入・マル○・チェック☑をしてください。

主介護者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(ふりがな)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ①( 歳)		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(状況 )		
	住所 連絡先	〒 (電話 ) 携帯( )		
	②主介護者は障害・病気があり、入居希望者の介護は難しいですか？	<input type="checkbox"/> 障害、病気があり介護困難 <input type="checkbox"/> 障害、病気はあるが多少は介護可能 <input type="checkbox"/> 障害、病気はあるが介護可能 <input type="checkbox"/> 障害、病なし		
	③主介護者は育児や入居希望者以外の方の看病をしていますか？	<input type="checkbox"/> 常時育児や看病をしている <input type="checkbox"/> 半日育児や看病をしている <input type="checkbox"/> 時々育児や看病をしている <input type="checkbox"/> 育児・看病はしていない		
④主介護者は入居希望者以外の方の介護をしており、入居希望者の介護は難しいですか？	<input type="checkbox"/> 複数の介護をしていて介護困難 <input type="checkbox"/> 複数の介護をしているが多少介護困難 <input type="checkbox"/> 複数の介護をしているが介護は可能 <input type="checkbox"/> 複数の介護はしていない			
⑤主介護者は就労していますか？	<input type="checkbox"/> 1日8時間以上 <input type="checkbox"/> 1日4時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 1日4時間未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上のため就労不能 <input type="checkbox"/> 就労していない			
入居希望者の同居者 (主介護者以外)  <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(ふりがな)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
	住所 連絡先	〒 (電話 ) 携帯( )		
⑥同居者は入居希望者の介護ができますか？	<input type="checkbox"/> 介護は困難 <input type="checkbox"/> 多少は介護可能 <input type="checkbox"/> 介護は可能			
入居希望者と別居している血縁者  <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(ふりがな)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
	住所 連絡先	〒 (電話 ) 携帯( )		
⑦別居者は入居希望者の介護ができますか？	<input type="checkbox"/> 介護は困難 <input type="checkbox"/> 多少は介護可能 <input type="checkbox"/> 介護は可能			
入居希望者を介護した期間	昭和・平成 年 月頃から ( 約 年 か月 )			
特例入居に係るやむを得ない事由 (要介護度1または2の方のみ記入)				
優先入所を希望する時期	1. 今すぐ入所したい 2. 年 月頃までには入所したい			

【 施設使用欄 】

①	②	③高	④	⑤	⑥	⑦	合計

特別養護老人ホームえくぼ 入居申込書 3

※該当する項目に記入・マル○・チェック☑をしてください。

麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他( )	
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他( )	
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	
	主食 : <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分・汁物 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ
	副食 : <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	水分補給 : <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分 <input type="checkbox"/> 水分嫌い
	食欲 : <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分 <input type="checkbox"/> 食欲なし	禁止食品 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	むせ込み : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 無	治療食 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> オムツ	
	尿意 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無	日中 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ
	便意 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無	夜間 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ
	失禁 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無	排泄間隔 : <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 頻回
入浴	<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"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴していない	
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	立位 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可	転倒歴 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 回)
	移乗 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> やや不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤内服にて良眠	
	眠剤服用 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(眠剤名 )	就寝・起床時間 : 就寝 起床
認知 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物を壊したり、衣類を破く <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> その他( )	
認知症による 不適応行動	1 非常に多い      2 やや多い      3 少しあり      4 なし	

	病名	医療機関	発病日
現病名・病歴			昭和・平成 年 月
			昭和・平成 年 月
			昭和・平成 年 月
			昭和・平成 年 月

現在の主治医	医療機関名: _____	医師名: _____
--------	--------------	------------

医療行為	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 床ずれ・褥瘡(部位 _____)
------	---

医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他( )
------	--

障害者手帳	・手帳の種類 身体障害者手帳 ( 級) 精神障害者手帳 ( 級) ・取得年月日 年 月 日 交付
-------	---

確認 (署名・捺印がない場合は 申込みが受理できません)	私、入居申込者は、入居申込みの際、入居決定の手続き・入居の必要性を評価する基準等について規定を読み、それについて了承いたします。  年 月 日 申込者氏名 印
------------------------------------	---