

入居申し込みの皆様へ

入居申し込みの手続きについて（お願い）

前略 この度は桧原苑にご連絡をいただき、誠にありがとうございます。
お申し込みの手続きに必要な書類をお送りさせていただきます。お手数をお掛けいたしますが、同封しました下記書類に必要な事項をご記入の上、ご返送下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。

尚、ご入居の時期につきましては、「東京都の特別養護老人ホームにおける優先入所に関するガイドライン」を基に、原則として要介護度や生活全般を基準に必要性が高いと判断される方から施設で勘案させていただき、優先的に入居していただくようにしておりますので、場合によっては長くお待ちいただくこともあります。可能な限り皆様方のご要望にお応えしたいと思っておりますがご理解下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。

草々

記

1. 記入・返送書類について

- (1) 「介護老人福祉施設入居申込書兼報告書」にご記入下さい。不明な点は空欄でも構いません。
- (2) 「身体状況報告書」 //
- (3) 「介護支援専門員（ケアマネージャー）意見書」
 - ①担当の介護支援専門員がいる場合には、その方に作成を依頼して下さい。
 - ②意見書作成に日数がかかりそうな場合には、後日の送付でも構いませんので、取りあえず上記（1）（2）の書類を先にお送り下さい。その場合には、メモ書きでも結構ですので、その旨をお知らせ下さい。
 - ③担当の介護支援専門員がいない場合には、その旨を電話またはメモにてお知らせ下さい。
- (4) その他の書類
「介護保険証」や「健康診断書」、「障害者手帳」等をお手許にお持ちの場合には、ご本人様の現状把握の参考になりますので、差し障りがなければコピーを同封下さい。

2. その他のお願いについて

- (1) 受付担当窓口
ご記入に際しまして、ご不明な点や入居可能時期等のご質問等がありましたら遠慮なく、生活相談員までお問い合わせ下さい。
- (2) 申し込みの取り直し
他施設等への入所等により申し込みが不要になられた場合には、電話またはメモ等にて生活相談員までお知らせ下さるようご協力をお願いいたします。
- (3) 状態変化
介護度の変更や身体及び住居状況、緊急性の変化等ありましたら、生活相談員までご一報いただければ幸いです。

（生活相談員…町田 042-598-0333）

身体及び生活状況票兼アセスメント票

(差し支えない範囲でご記入及び該当のものに○をつけて下さい)

フリガナ				記入年月日	令和	年	月	日	
お名前				男性・女性	生年月日	M・T・S	年	月	日
ご家族等状況	お名前	続柄	年齢	ご住所			電話番号		
介護保険	被保険者番号				保険者(区市町村名)				
	要介護度	1・2・3・4・5			認定の有効期限	～平成 年 月 日迄			
健康保険	・国保・社保・共済・組合同保・生活保護・後期高齢保険証・その他()								
医療証	・老人医療証・身障医療証・その他の医療証()								
身障手帳	無・有 [種別: 身体障害者手帳・療育手帳・その他()]								
収入	国民年金・厚生年金・恩給・遺族年金・年金基金・生活扶助・無年金								
	その他の収入()								
	月当たり収入額	円	生計維持者	ご本人・ご家族・その他()					
現在の状況	1. 在宅で介護中								
	2. 病院または施設に入院・入所中(入院・入所先:)								
	3. その他()								
	※在宅介護、現在の入院・入所状況について 緊急性等のご事情等あれば下記にご記入下さい。								
生活歴(生い立ちの状況等)に特記等ありましたら概略をお書きください									
既往症等ありましたらご記入ください									
感染症等検査結果ありましたら、ご記入ください ・レントゲン所見の異状(有・無)・梅毒(陽性・陰性)・B型肝炎(陽性・陰性)・C型肝炎(陽性・陰性) ・疥癬(有・無)・MRSA(陽性・陰性)・その他()									
現在服用中の薬剤等わかりましたら、ご記入下さい ※例: 胃薬、糖尿病薬 ()									
医療器具等	経管栄養・胃ろう・在宅酸素・人口肛門・インシュリン注射・吸引・バルーンカテーテル その他()								

◎身体・生活面の状況(ご記入及び該当のものに○をつけてください)

身長	cm (不明な場合 高・中・低)	
体重	kg (不明な場合 重・中・軽)	
視力	普通に見える(生活に支障なし)・不自由(状態:)・見えない	
聴力	普通に聞こえる・大きめの声が聞こえる・耳元で聞こえる・(右・左)のみ聞こえる・聞こえない	
言葉	普通に話せる・言語不明瞭がある・どうにか伝える事ができる・話せない・声が小さい	
意思疎通	通じる・通じづらい・簡単な事のみ通じる・通じる時と通じない時がある・通じない	
床ずれ	無・有(部位:)	
麻痺	無・有(部位: 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・手指・足関節・その他)	
拘縮	無・有	右(部位: 指・手首・肘・肩・股・膝・足首・体幹)
		左(部位: 指・手首・肘・肩・股・膝・足首・体幹)
筋力低下	無・有(部位: 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・体幹・その他)	
移動動作	歩ける・杖を使用・シルバーカーや歩行器、手引が必要・車椅子を使用・困難	
移動動作状況	一人で行える・見守りが必要・時々介助が必要・半分以上の介助が必要・全ての介助が必要	
	安定している・困難さが多少ある・転倒や転落がある・歩行できないまたは操作できない	
立位保持	一人で安定している・一人でできるが不安定・介助があればできる・できない	
乗移動作	一人で安全にできる・一人で行くが不安定・少介助でできる・半分程度の介助が必要・全ての介助が必要	
排泄	トイレ排泄・ポータブルトイレ・尿器・オムツや紙パンツを使用(常時・夜のみ)	
	バルーンカテーテル使用・その他()	
排泄状況	一人でできる・誘導等が必要・全てでないが介助が必要・全ての介助が必要	
排泄感覚	尿意(ある・時々ある・ない) 便意(ある・時々ある・ない)	
食事	自分で食べられる・少し手伝えば食べられる・半分以上の介助が必要・全ての介助が必要 経管栄養、胃ろう・その他()・嗜好、アレルギー 無・有()	
食事状況	食欲は普通にある・食が細い・摂取量にむらがある・食べるのに時間がかかる	
食事内容	・主食(普通・粥・ミキサー)・副食(普通・大刻み・刻み・極刻み・ミキサー)・その他()	
嚥下	良好・時々むせ込む・よくむせ込む・経管栄養	義歯(上・下・無)
入浴洗身	一人でできる・頭、背部以外できる・半分程度介助すればできる・ほぼ全ての介助が必要	
入浴状況	家庭用浴槽可・手すり付き浴槽・座位浴・機械浴槽・不可(清拭等)	
衣類着脱	一人でできる・見守りでできる・袖を通す程度できる・部分的介助が必要・全ての介助が必要	
寝返り	一人でできる・多少の介助が必要・片側のみできる・全ての介助が必要	
座位保持	普通の椅子に座れる・肘掛けと背もたれのついた椅子(車椅子等)に座れる・椅子に座れない	
金銭管理	日常生活費が管理できる・小遣いのみ管理できる・管理できない・紛失等あるが自身で管理している	
物忘れ	ない(清明)・歳相応・少しある・かなりある・全ての事を憶えていない	

◎精神面の状況(ご記入及び該当のものに○をつけてください)

※状況等

徘徊が	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
外出すると戻れないことが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
物を盗られた等被害的になることが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
作話をする事が	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
泣く、笑う、怒る等の感情不安定が	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
昼夜の逆転が	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
しつこく(病的に)同じ話しをすることが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
大声を出すことが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
介護に抵抗することが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
家に帰りたいたいと言い落ち着かないことが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
一人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
色々なものを集めたり、持ってくる事が	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
ひどいもの忘れで困ったことが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
意味もなく独り言を言うことが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
自分勝手に行動し、聞き入れないことが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
話がまとまらず、会話にならないことが	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
集団への不適応が	1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
・睡眠薬、精神薬の服用(有 ・ 無)		・喫煙(有 ・ 無)
		・飲酒(有 ・ 無)
性格	朗らか ・ 親しみやすい ・ 几帳面 ・ こり性 ・ 自分の事を気にしやすい ・ わがまま やさしい ・ 内向的 ・ 頑固 ・ 短気 ・ 無口 ・ 親切 ・ その他()	
その他、介護や医療の留意点や状況等		
介護や施設入所後の生活に対する要望等ありましたらお書きください(何でも結構ですのなるべくご記入ください)		

介護支援専門員（ケアマネジャー）意見書

入所申込者氏名		
ケアプランについて	在宅サービス利用率	%
	利用しているサービス	
	サービス名	利用回数等
サービスに対するご本人又はご家族の希望等		
ご本人の状況	1 身体の状況について(具体的な麻痺・拘縮等介護を要する身体状況に等)	
	2 認知症等について(介護や見守りを要する認知症の状況等)	
	3 疾患等について(医療器具の使用や特に介護・看護を要する疾患等)	
その他留意すべきこと	(ご本人の嗜好や性格等介護をする上で把握しておくべきこと等)	

担当ケアマネジャー氏名		
事業所名 (連絡先電話)		()