

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、“特別養護老人ホーム桧原苑”を気に入っていただけましたら、同封しました下記書類に必要事項をご記入の上、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、皆様方からのご要望（緊急性など）や要介護度や生活全般を基準に施設側で勘案させていただき、入居していただいておりますので、ご理解の程よろしくお願い申し上げます。

草々

記

1. ご記入・ご返送の書類について

(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。

※ご不明な点は空欄でも構いません。

(2) 「身体及び生活状況票」

※ご不明な点は空欄でも構いません。

(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、その旨をメモにてお知らせ下さい。

(4) 「介護保険証」「負担割合証」「負担限度額証」や「医療保険証」等をお手元にお持ちの場合にはご本人の現状把握の参考になりますので、支障なければコピーを同封下さい。

2. その他

ご記入に際しまして、ご不明な点や入居可能時期や利用料等のご質問等がありましたら遠慮なく、下記の入居担当までお問い合わせ下さい。

〒190-0214

東京都西多摩郡檜原村5650番地8

社会福祉法人 緑水会

介護老人福祉施設 桧原苑

Tel 042-598-0333

Fax 042-598-0334

担当：生活相談員 大木、大町、田嶋

介護老人福祉施設入所申込書兼調査書

あてはまる項目の□にチェックをしてください

ふりがな ご記入の方のお名前	様	入所申込者ご本人との関係	□配偶者 □子（同居・別居）									
ふりがな 入所申込者ご本人のお名前	様	性別	被保険者番号									
		性 別	□男	□女	生年月日	明 大 昭	年 月 日			満	歳	
ご住所	〒 -				この申込書についての問い合わせ先		□自宅 □自宅以外（ ） 電話					
要介護度	□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5											
同居の方について	□ひとり暮らし □ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） □ご夫婦以外に同居者がいる											
主に介護している方について	・介護する方は、 □いる □いない ・主に介護する方は、 □健康 □病弱 □病気で治療中 □障害がある ・主に介護する方は、 □働いている □働いていない											
介護を手伝う方について	・介護を手伝う方は、 □いる □いない 手伝う方がいる場合、その方は□親族 □近所の方 □その以外の方（ ）											
お住まいについて	・今のお住まいは、 □自宅 □自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が □ある □ない □立ち退きを求められている □家屋の老朽化が著しい											
介護する上での住宅の問題について	□エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる □自分の部屋がない □自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある □立ち退きを求められている □家屋の老朽化が著しい											
その他あてはまるもの	□徘徊 □暴力行為 □不潔行為 □異食 □大声や奇声 □その他の行為（具体的な内容 ） □医療器具を使っている（具体的な内容 ） □病気がある（病名 ）											

現在受けている介護や治療のようす

ご自宅以外での介護や治療 ※自宅にいらっしゃる方は記入は結構です	・現在おられるのは、 □病院 □老人保健施設 □介護療養型医療施設 □養護老人ホーム □軽費老人ホーム □ケアハウス □有料老人ホーム □グループホーム □その他（ ） ○施設の名称 ○入所・入院開始日 年 月 日～											
ケアプランなどについて	・ケアプランは、 □作っている □作っていない ・相談できる介護支援専門員は、 □いる □いない ○介護支援専門員の氏名 ○事業所名称 電話											
在宅サービスについて	・在宅サービスは、 □使っている □使っていない ・今後の利用は、 □今のままでよい □もっと増やしたい □サービスや使い方を改善したい （具体的な内容 ）											

様式 処遇19

特別養護老人ホーム 桧原苑 施設長 宛

私は、貴施設に入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を必要な場合に保険者・在宅介護支援センター・指定する介護支援専門員（ケアマネジャー）へ提供する事に同意致します。

令和 年 月 日

氏 名

印

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		～令和 年 月 日迄		
健康保険	・国保・社保・共済・組合国保・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 ・ 一人で行うが不安定 ・ 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 ・ 少し手伝えれば食べられる ・ 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		
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、持ってくるのが		1. ない 2. 月に数回 3. 週に1回以上	
ひどいもの忘れて困ったことが		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(何でも結構ですので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)		()