申 込 日	年　月　日	受 付 日	年　月　日

介護老人福祉施設　特別養護老人ホーム河渡の郷　入所申込書

特別養護老人ホーム河渡の郷　施設長　様

申込者(連絡先)

住　所	〒
(フリガナ) 氏　名	(入所希望者との続柄　　)
電話番号(日中の連絡先)	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者 氏　名	(フリガナ)	性　別	男 ・ 女
		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日(　歳)
現 住 所	〒	電話番号	(　)
現　況	□自宅(単身・同居)　□施設(病院)に入所(入院)中　名称:		(　年　月　日～)

医療の状況

当てはまる場合、分かる範囲でレ点にて記入をお願い致します。

□経管栄養(胃ろう造設)　□インシュリン注射　□透析　□パーキンソン病　□高血圧　□結核
□尿管カテーテル　□ペースメーカー　□手術　□脳梗塞　□喘息　□肝炎
□ストマ(人工肛門)　□酸素療法　□認知症　□糖尿病　□肺炎
□麻痺(上肢:左　右　下肢:左　右)　□骨折(　　)　□その他(　　)

現在通院している医療機関

通院医療機関名	期　間
	年　月　日～
	年　月　日～
	年　月　日～

担当介護支援専門員	事業所名			
	氏　名		連絡先	電話　(　)

留 意 事 項

本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設生活相談員に連絡をしてください。

【連絡先】　特別養護老人ホーム河渡の郷　　担当者名　生活相談員　風間 晴香

TEL　025(270)1414　　FAX　025(270)1417

説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。

なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。

令和　年　月　日　　入所希望者

入所希望者の家族

特例入所の要件への該当に関する考え(要介護1又は要介護2の方が入所を申し込む場合に記入してください。)

入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由

□ 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
□ 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
□ 単身世帯である、同居家族が高齢また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

上記要件の具体的な理由

.....

.....

.....

介護支援専門員意見書

入所申込者氏名 ：

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
利用者負担段階	□申請未定	□生活保護	□第1段階	□第2段階	□第3段階	□第4段階以上
介護保険負担割合証	1割	2割	3割	
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし

2. 在宅ｻｰﾋﾞｽの利用度

在宅ｻｰﾋﾞｽ利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満

3. 主たる介護者･家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみ世帯	その他 （ ）
②主たる介護者の年齢･続柄	歳 （続柄: ）		
③介護者の障害･疾病	なし	あり （ ） 介護は困難 ・ 多少困難 ・ 介護は可能	
④介護者の就労	なし	あり （職種等 ） 勤務 日／週 時間／日	
⑤介護者の育児･家族の病気	なし	あり （ ）	
⑥他の同居介護補助者	なし	あり （続柄 ： 日／週程度）	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり （続柄 ： 日／週程度）	

4. 日常生活自立度

日常生活動作		心身の状況	
移動	自立(独歩･杖･歩行器)･車椅子(自操･介助)･不可	視力障害	無 ・ 弱視(左･右) ・ 全盲
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養	聴力障害	無 ・ やや難聴(左･右) ・ 難聴
排泄	自立(ﾄｲﾚ･ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ)･一部介助(ﾄｲﾚ･ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ)	言語障害	無 ・ 少し不自由 ・ 不自由
	全介助(ﾄｲﾚ･ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ)･おむつ･ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ	会 話	普通 ・ どうにか可 ・ 不可
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	歯の障害	無 ・ 一部入歯 ・ 総入歯
着脱衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	失 禁	無 ・ 有
起座	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可	床ずれ	無 ・ 有(部位:)
寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可	徘 徊	無 ・ 居室内 ・ 屋内 ・ 屋外
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)		正常 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
認知症老人の日常生活自立度(主治医意見書のランクを記入)		正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M	

5. 入所申込者の現在の病状

6. 現在通院している医療機関名

認定有効期間	年 月 ～ 年 月	作成年月日	年 月 日
作成者所属		担 当 者	

※他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。

社会福祉法人 河渡の郷福祉会

申込み時のお願い

受入れをお断りしている医療行為

1、中心静脈栄養を実施している
2、呼吸障害等により人工呼吸器を使用している
3、24時間持続点滴を必要とする場合
4、気管切開をしている
5、入院加療の必要な精神疾患を患っている
6、鼻腔、腸ろうからの管による栄養等
7、PTEG(ピーテグ)による栄養
8、常時吸引を必要とする場合
9、インスリン注射を行っている

対応可能な医療行為

1、酸素療法を行っている・・・現在のかかりつけ医へ継続お願いします。
2、人工透析を行っている
4、人工肛門を造設している
5、ペースメーカーの埋め込み
6、末期がん等でペインコントロールが必要
7、長期に尿留置カテーテルを必要とする
8、胃ろうから栄養注入している

※受診に関しては御家族様の付き添いをお願いしています。
特に人工透析の受診は付き添いをお願いしています。

入所申込時に提出して頂く書類

・入所申込書
・介護支援専門員意見書・・・あなたの担当介護支援専門員に記入していただいてください
・介護保険証のコピー
・介護保険負担割合証のコピー

入所申込関係書類送付先

〒950-0024　新潟市東区河渡2丁目4番65号
社会福祉法人　河渡の郷福祉会
特別養護老人ホーム　河渡の郷