

## 入所のご案内

特別養護老人ホーム四季の里は、ユニットケアを取り入れた全室個室です。10名前後のグループをひとつの生活の単位（ユニット）として介護を行います。なじみの関係と家庭的な環境、雰囲気、入居される方のそれぞれのこれまでの生活、これからの生活を大切にします。利用者一人ひとりの個性や積み重ねてこられたあゆみ（人生）を大切に受け止め、その人らしく心豊かに過ごせる時間と場所でありつづけられるよう「和顔愛語」を運営理念として取り組んでいます。

### 1 入所申し込み

入所を希望される方は当施設指定の「[入所申込書](#)」に記入し提出してください。

申込書提出時には医療保険者証、介護保険証、介護保険負担限度額認定証と印鑑の持参をお願いします。

相談員が介護保険・身体・家庭状況等をお伺いさせていただきます。

順番が近づいてまいりましたらご家族へ連絡いたします。

### 2 入所決定で持参して頂く物

時計、ごみ箱、メガネ、愛用の椅子・箸など(必要に応じてお願いします。) 衣類(身体状況によって着脱容易なもの)、日常着、下着4～5枚程度、パスタオル4～5枚位、タオル6～8枚位、日用品、くし、歯ブラシ、歯磨き、電気かみそり、コップ、洗面器、箱ティッシュ(消耗品はご家族で面会時に補充をお願いいたします)。上履き(2足)、履物(外出用)1足、衣類等の収納できる収納BOX・タンス等、思い出のもの等冷蔵庫・テレビ・仏壇等の持参はご家族・本人のご自由です。持ち物には必ず名前の記入をお願いします。(日常者の洗濯は施設で致します)

### 3 入所時

診断書、生活情報（施設サマリー・居宅サービス計画）等  
入所後入院されました際にはご家族の対応となります。

### 4 入所当日

下記の手続き、準備をお願いします。

- (1) 柳井市に住居を有している方は、入所後に住民票の転居届  
柳井市以外に住居を有する方は、入所前に住民票の転出届
- (2) 四季の里への住所変更後の、介護保険証
- (3) 四季の里への住所変更後の、健康保険証
- (4) 四季の里への住所変更後の、医療受給者証
- (5) 四季の里への住所変更後の、身体障害者手帳

(入所後の利用者様の住所は四季の里の住所となります)

上記(2)～(5)の書類や印鑑(認め印)は施設側で預からせていただきます。

特別養護老人ホーム 四季の里 入居申込書

○本人(申込者)記入欄(本人または申込者をご記入ください)

申込者連絡先	フリガナ	
	氏名	(続柄: )
	住所	〒 _____
	電話番号	

処理状況欄	申込日	年 月 日
	受付日	年 月 日
	施設記入者名	
	担当者名	

本人の状況	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		住民登録	市・区・町・村
	現住所	〒 _____		
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	( 歳)

○施設記入欄(施設のほうで面接時に確認しながら記入します)

本人の状況	介護保険	保険者				
		被保険者番号				
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中				
		(認定期間)	年 月 日	～	年 月 日	
	健康保険	種別		記号・番号等		
	年金等	種別				
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手等の種類 (障害名) 1級・2級・それ以外				
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護( 年 月から)		<input type="checkbox"/> 施設介護( 年 月入所)		
	現在利用している介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/月〔                    〕			
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	回/月〔                    〕			
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/月〔                    〕			
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	回/月〔                    〕			
		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	回/月〔                    〕			
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)		回/月〔                    〕				
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		回/月〔                    〕				
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)		回/月〔                    〕				
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		回/月〔                    〕				
<input type="checkbox"/> 福祉施設用具の貸与・購入費支給						
<input type="checkbox"/> その他						

本 人 の 状 況	現在利用している施設サービス	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他		
		施設名又は病院名		
		入所又は入院期間	年 月 日～ ( 年 月)	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (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) (義歯の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (オムツの使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ) (ポータブルトイレの使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ)		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (歩行: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) (移動手段: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人カー・歩行器 <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 <input type="checkbox"/> 見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない		
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 <input type="checkbox"/> 話せない			
	● 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 生活自立 <input type="checkbox"/> ランクJ    準寝たきり <input type="checkbox"/> ランクA-1 <input type="checkbox"/> ランクA-2 寝たきり <input type="checkbox"/> ランクB-1 <input type="checkbox"/> ランクB-2 <input type="checkbox"/> ランクC-1 <input type="checkbox"/> ランクC-2			
認知症・精神的な症状	● 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> ランクI <input type="checkbox"/> ランクIIa <input type="checkbox"/> ランクIIb <input type="checkbox"/> ランクIIIa <input type="checkbox"/> ランクIIIb <input type="checkbox"/> ランクIV <input type="checkbox"/> ランクM 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食障害、不潔行為、攻撃的行為などの行動 あるいは精神的な障害がある場合は、その状況や頻度などを具体的に記入			
医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> その他( )			
	現在治療中の病名			
	受診している医療機関			
	【特記事項】			
本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない <input type="checkbox"/> その他( )			
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中などにより介護できない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢などにより将来的に十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、負担が大きい <input type="checkbox"/> 施設や病院などから退所を求められているが、住宅事情などにより自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 住宅の構造が介護に適していないため、自宅で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( )			

そ の 他	主な介護者の状況	(フリガナ)	性別	男 ・ 女
	氏名	(続柄: )	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他( )		
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ※別居の場合 住所: _____ 電話: _____		
	意見	(介護をしている上で困っていることなど)		
	他の親族・援助者等の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 親族以外の援助者あり <input type="checkbox"/> 親族はいるが居所不明 <input type="checkbox"/> 他の親族・援助者なし		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい			
	<input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい			
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込んでいる			
	<input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる( )			
介護支援事業所の利用状況	事業所名: _____			
	電話: _____			
	担当ケアマネージャー: _____			

備 考	入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項などで、優先的な入所の判断において、特に考慮する必要がある場合は、その内容をご記入ください。
--------	---

○説明確認欄

私は、入居の申込に際し、入居申込から入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について、施設から説明を受けました。
平成 年 月 日 氏名 _____

○個人情報提供同意欄

特別養護老人ホームの入居の円滑化に資するため、入居の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町村または児童民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、または、個人情報を提供することに同意します。
平成 年 月 日 氏名 _____

- 注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。
- 注2 要介護度や介護者の状況等記載状況に変更があった場合は、速やかに施設にご連絡ください。
- 注3 記入された内容について、保険者及び山口県以外の第三者に提供する場合は、あらかじめ同意を得た上で行います。