

特養入所申し込みの皆様へ

入所申し込みの際しての留意事項

特別養護老人ホーム道場山穂波の里への申し込みご検討ありがとうございます。

入所申込書類は、「入所申込書」「介護支援専門員意見書」「特養申込者フェイスシート」の3部で構成しております。

- ① 「入所申込書」はご家族様（身元保証人様）からのご記入をお願いします。
（家族関係図の書き方については下記をご参照ください）
- ② 「介護支援専門員意見書」は担当ケースワーカー、ケアマネジャー等からのご記入をお願いします。
- ③ 「特養申込者フェイスシート」はご本人様の状態を把握している方からのご記入をお願いします。

※お申し込みにつきましては、申込内容を確認させていただきたいので、可能な限り道場山穂波の里へ直接お越し頂きますようお願い致します。

※土曜・日曜・祝日は担当不在のため受付できませんので、受付は月曜から金曜にお願い致します。

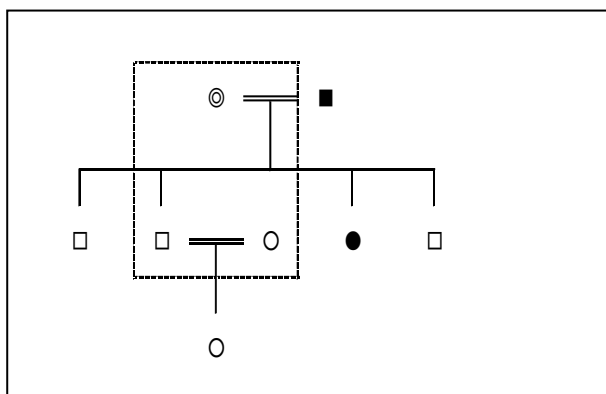
※平日でも受付担当者不在の場合がありますので、来園される際は事前にお電話を頂きますようお願い致します。

ご不明な点は下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

※申込用紙の家族関係図の記入例

- 男性
- 女性
- ◎ 本人
- 死亡者

同居者は[]で記入願います。



〒950-2055 新潟市西区寺尾上 6 丁目 17 番 23 号

特別養護老人ホーム 道場山穂波の里

特養申し込み担当 福嶋裕・貝瀬芳博

Tel 025 (211) 0080

申込日

年 月 日

受付日

年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム道場山穂波の里 入所申込書（新規・更新）

地域密着型特別養護老人ホーム 道場山穂波の里 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

①

②

※日中連絡の取れる番号も記入ください。

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 （ ）				
介護保険	被保険者番号				保険者名
	要介護度	□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5			
	認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
健康保険	（種別・記号番号）				
年 金 等	（種別）				
障 害 者手 帳 等	手帳の種類 _____（障害名： _____） 判 定 _____級（度） 年 月 日				
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	☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストマ（人口肛門） ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ 痰の吸引 ☐ 吸入 ☐ その他（ _____ ）				
	現在治療中の病気				
	病 名	入院・通院医療機関名	期 間		
既往症（※ 骨折の既往がある場合は、ご記入下さい）					
	病 名	入院・通院医療機関名	期 間		
入所希望者の意向	☐ 今すぐの入所したい ☐ 将来必要時に入所したい ☐ 入所時期についてご希望がある際は記入下さい。（ 年 月頃） ※他施設の入所申込み状況 ☐ 道場山 穂波の里のみ申し込んでいる ☐ 穂波の里にも申し込んでいる ☐ 他の施設にも申し込んでいる（他の施設名） _____ _____ _____				

担当介護支援専門員	氏 名		連絡先	電話
	事業所名			

介護が必要になった状況（病気や経過）、申請理由、経過などお書き下さい。

家族関係図（表紙の記載の仕方をご覧ください）

◎本人 □男性 ○女性 ●■死亡者

留意事項	本入所申込み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、必ず当施設に連絡をしてください。 連絡先 特別養護老人ホーム 道場山穂波の里 電話 025(211)0080 FAX 025(211)0082 担当者名 貝瀬 芳博 福嶋 裕
------	---

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為必要な範囲において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を市町村、担当居宅介護支援専門員、他の介護保険施設及び医療機関から収集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 _____
-----------------	--

介護支援専門員意見書

特別養護老人ホーム 道場山穂波の里 施設長様

入所申込者氏名：

1 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
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	

主な行動内容（ ）

認知症自立度（ ） ※主治医意見書に記載されているランクⅠ～Ⅲで記載してください

2 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	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	高齢者のみの世帯	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 ・多少は介護 ・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）	

作成者所属	担当者
-------	-----

【作成上の留意事項】

記載日 年 月 日

1 「認知症による不適応行動」

認定調査項目に沿って ○ の記入をお願いします。

徘徊が	ある・時々・ない	介護への抵抗が	ある・時々・ない
外出すると戻れない	ある・時々・ない	帰宅欲求が	ある・時々・ない
物を盗られたなど被害的になる	ある・時々・ない	一人で外に出たがり目が離せない	ある・時々・ない
作話をする事が	ある・時々・ない	収集癖が	ある・時々・ない
感情が不安定になることが	ある・時々・ない	物や衣類を壊したり破いたりする	ある・時々・ない
昼夜逆転が	ある・時々・ない	独り言、独り笑いが	ある・時々・ない
しつこく同じ話をすることが	ある・時々・ない	話がまとまらず会話にならないことが	ある・時々・ない
大声をだすことが	ある・時々・ない		

上記に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で

「非常に多い」…毎日ある場合/「やや多い」…週に1～2回以上ある場合

「少しあり」…月に1～2回程度ある場合

を目安として判断する

2 在宅サービスの利用度

サービス利用表に基づき支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

（区分支給限度基準額単位数/サービス利用単位数×100）

算定の期間については概ね3ヵ月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象になるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護

短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与

病院や老人保健施設、療養型病棟に入所している場合は、30%以上（12点）とする。

3 「②介護者の障害・疾病」

「介護は困難」 …… 介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合

「多少は介護」 …… 介護者が障害や疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」 …… 介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

を目安にして判断する

※ 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。

特養申込者フェイスシート（ADL状況表）

記入年月日 年 月 日 ※把握されている範囲で記入をお願いします。

入所申込者氏名	様 記入者氏名(続柄)
待機場所	自宅・病院・老人保健施設(施設名) ・ その他(施設名)

日常生活動作

移動	独歩・杖使用・シルバーカー・車椅子 (自立・見守り・一部介助・全介助)
	転倒歴→ 無 ・ 有(場所)
	特記事項
移乗等	移乗 (自立・見守り・一部介助・全介助)
	立ち上がり (自立・見守り・一部介助・全介助)
	特記事項
麻痺	無 ・ 有 — 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他()
排泄	自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助誘導(昼間・夜間) ・ 全介助(昼間・夜間)
	尿意 (有 ・ 無) 便意 (有 ・ 無) 下着→ 布パンツ ・ 紙パンツ ・ オムツ
	特記事項
衣類の着脱	自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 全介助
	特記事項
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ※入浴形態→ 一般浴 ・ リフト浴 ・ 機械浴
	特記事項
会話	意思疎通 (問題なし ・ おおむね可能 ・ 何とか可能 ・ 不可能)
	特記事項
視力	支障なし ・ 弱視(右・左) ・ 全盲 ・ 眼鏡(有・無)
聴力	支障なし ・ やや難聴(右・左) 難聴(右・左) ・ 補聴器(有・無)
食事	自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養(鼻腔 ・ 胃ろう)
	水分等によるムセ (有 ・ 無) 治療食(糖尿食 ・ 減塩食)
	特記事項
精神状態 (有の場合は内容と頻度を記載して下さい)	記憶障害 有() ・ 無
	見当識障害 ※1 有() ・ 無
	妄想 有() ・ 無
	帰宅欲求 有() ・ 無
	介護への拒否 有() ・ 無
	夜間の不眠・昼夜の逆転 有() ・ 無
	特記事項
その他の対応方法	
在宅サービスの利用状況等	無 ・ 有→ヘルパー ・ デイサービス ・ ショートステイ ・ 訪問看護 ・ その他()
	☆家族状況 主介護者() 同居家族に介護者がいる 介護者が働いている
	☆申し込みに関しての本人の了解 有 ・ 無

※1見当識障害…自分が置かれている状況(時間・場所・自分と家族の関係等)を正しく認識することができない状態。