

至誠キートスホーム入居申込みにあたって

時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

至誠キートスホームへの入居申し込みにつきましては、「入居申込書」「入居申込み調査書」「入居申込みに伴う意見書」に必要事項を記入の上、3枚1組でご返送くださいますようお願い申し上げます。

大変お手数だとは存じますが、「入居申込みに伴う意見書」につきましては、担当のケアマネジャーさん、あるいは入院、入所先の相談員さん等に、記入して頂きますようお願い申し上げます。

以上のお願いをさせていただくのは、ホームに入居申込みをされている方々の状況について把握しておきたいとの考えからです。入居して頂くお部屋やフロアは、入居する方の性別、心身の状況について一定の制約があります。このため、その方にふさわしいお部屋に入らせていただくため、ご提供いただいた資料を参考にさせて頂きたいと考えております。記入にあたり、医療状況等につきましては、記入して下さる方の分かる範囲で結構です。当ホーム宛のものでなくとも、参考になるようなものがございましたら写し等を添付していただくと幸いです。

なお、介護保険制度の改正に伴い、平成27年4月1日以降に新たに特別養護老人ホームに入居ができる方は、原則、要介護3以上の方のみとなります。ただし要介護1・2の方でも、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であれば、特例的に入所可能となる場合があります。

お伺いしている情報につきましては、第三者に漏れることがない様に厳守致します。申し込みや記入につきまして、確認したい事がございましたら遠慮なく下記までお問い合わせ下さい。

今後の皆様方の益々のご健康を祈念いたします。

(返送・問い合わせ先)

〒190-0002

立川市幸町4-14-1 至誠キートスホーム

生活支援 担当 平田・岡安・林

(TEL) 代表042-538-2323

(TEL) 直通042-538-2320

(FAX) 042-534-3952

指定介護老人福祉施設入所申込書兼調査書（□新規・□変更）

国分寺市内の指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所申込をされる全ての方に記入いただいております。なお、国分寺市内の同施設では、この申込書兼調査書の内容等をもとに、入所していただく優先度を決めております。ご記入の際は誤りやご記入漏れのないようご注意ください。また、以下の内容に変更（変化）が生じた場合には、その旨をお申し出いただき、あらかじめ本書（変更届）をご提出いただくこととなりますので、あらかじめご理解の程よろしくお願い申し上げます。

あてはまる項目の□にチェックをしてください。

入所申込者ご本人	被保険者番号				入所申込に 来られた方	フリガナ					
	氏名	フリガナ				氏名	フリガナ				
	住所	〒 -				住所	〒 -				
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月		日	年齢	満	歳	この申込についての問い合わせ先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 （ ） 電話 - -	
① 要介護度	<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		
② 同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる（ ）										
③ 主に介護している方について	・ 介護する方は <input type="checkbox"/> いる（お名前 ） <input type="checkbox"/> いない ・ 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある ・ 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている（平均週 時間） <input type="checkbox"/> 働いていない										
④ 介護を手伝う方について	・ 介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・ 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他の方（ ）										
⑤ お住まいについて	・ 今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ・ 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 老朽化が著しい										
⑥ 介護する上で の住宅の問題 について	<input type="checkbox"/> 外出に支障のある住宅に住んでいる（エレベーターのない集合住宅の2階以上等） <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 老朽化が著しい <input type="checkbox"/> その他（具体的に ）										
⑦ 痴呆等について	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為（具体的に ）										
⑧ 医療について	<input type="checkbox"/> 医療器具を使っている（具体的に ） <input type="checkbox"/> 病気がある（病名 ）										
現在受けている介護や治療のようすについて											
⑨ ご自宅以外での介護や治療（居宅にいらっしゃる方は未記入）	・ 現在いらっしゃるの、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 施設名（ ） <input type="checkbox"/> 入所あるいは入院開始日 年 月 日										
⑩ ケアプランなどについて	・ ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない ・ 相談できる介護支援専門員（ケアマネジャー）は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 「いる」方へ、 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の氏名 _____ <input type="checkbox"/> 事業所名 _____ 電話 _____										
⑪ 在宅サービスについて	・ 在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない ・ 今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい [具体的な内容]										

特別養護老人ホーム 施設長 様

私は、上記のとおり（申込・変更）申請します。なお、申込みに際し、貴施設の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保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意します。

平成 年 月 日

申込者ご本人の氏名 氏名 自筆 代筆

代筆の場合は代筆者の氏名もご記入ください 氏名

至誠キートスホーム入居申込みに伴う意見書

ふりがな		介護保険被保険者番号	
入居申込者の氏名と住所、電話番号	〒	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
		電話	

ケアプランについて	在宅サービスの利用率	%(支給限度額に対する利用割合)
	利用しているサービス	
	サービス名	利用回数など
	サービスに対するご本人または家族の希望など	

ご本人の状況	1. 身体の状況について(麻痺や萎縮など、介護を要する身体状況)
	身長 cm 体重 kg
	2. 認知症等について(介護や見守りを要する認知症の症状)
3. 疾患等について(特に注意を要するものや医療器具の使用など介護や看護を要する疾患)	

その他留意すべきこと	ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと
------------	------------------------------

記入者氏名	職種	1. 介護支援専門員 2. その他()
事業所区分	1. 居宅介護支援事業者 2. 地域包括支援センター 3. その他()	
事業所名	電話番号	

受付日 年 月 日
至誠キートスホーム入居申し込み調査票 (内をご記入下さい。)

介護保険証

介護度	保険者	認定日	有効期限
	市区 町村	年 月 日	年 月 日

身障手帳の有無

種 級	障害名

年金等

年金の種類	年額 (概算)

医療保険等

後期高齢	国保 (本人・家族)	社保 (本人・家族)	生保
------	-------------	------------	----

入居希望理由

--

家族等の連絡先

連絡 順位	氏名	続柄	住 所	電話 携帯	連絡のとりやすい 時間帯・連絡先

受付者 _____ 印