

社会福祉法人平元会・医療法人柏葉会 施設入居申込書

（ 正寿園 寿幸園 カトリア 介護医療院白取医院 ）

申込日 年 月 日

受付者

入居希望者	ふりがな			性別	男・女	生年月日					
	氏名					大・昭 年 月 日					
	住所	〒									
		☎ ()									
	被保険者番号				介護度	1	2	3	4	5	申請中
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
	担当ケアマネ	所属事業所：					氏名：				
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている（ <input type="checkbox"/> 一人暮らし / <input type="checkbox"/> 家族（ ）と同居） <input type="checkbox"/> 施設・病院で暮らしている 施設・病院名（ ） 入所・入院日 年 月 日									
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> その他 （その理由 ）									
他施設申込状況	①			②			③				

身元保証人1	住所	〒								
	氏名				続柄					
	自宅電話				携帯電話					
身元保証人2	住所	〒								
	氏名				続柄					
	自宅電話				携帯電話					

（裏面も記入願います）

本人の状況	入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、地理的に離れている、若しくは病院等に長期入院するなどの状況により事実上介護が不能 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有する等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、就業等しているため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	既往歴	いつ頃	診断名	病院名	入院・通院
	医療に関する状況	(特別な医療) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（ ）			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 食事形態(主食) ごはん ・ 軟飯 ・ 粥 ・ ミキサー (副食) 普通 ・ 一口大 ・ きざみ ・ ソフト食 ・ ミキサー			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ(昼 ・ 夜 ・ 昼夜) ポータブルトイレ(昼 ・ 夜 ・ 昼夜) リハビリパンツ(昼 ・ 夜 ・ 昼夜) おむつ(昼 ・ 夜 ・ 昼夜) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ			
入浴	入浴頻度(週 回数程度) <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴				
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走 ・ 介助)				
認知症等による行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想				
要介護度1・2の方のみ記入	要介護1・2の方が特別養護老人ホーム正寿園・寿幸園に入居するためには、下記のいずれかに該当する必要があります。該当する項目に印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又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。				

※社会福祉法人平元会と医療法人柏葉会は、福祉・医療の協力、連携でトータルケアサービスに努めています。申込み者の状態等から最も必要なサービスを紹介させていただきます。

社会福祉法人平元会・医療法人柏葉会

介護サービス施設・事業所入居申し込み方法、及び入居までの流れ

■入居相談

下記の施設等の生活相談員が、入居申し込みをされた方や、今後申し込みされる方々を対象に相談を行っています。また、居宅介護支援事業所でも行っていますので、お気軽にご相談ください。

<居宅介護支援事業所一覧>

居宅介護支援事業所 ふたば	田茂木野	☎ 017-764-6899
---------------	------	----------------

<施設等一覧>

社会福祉法人 平元会				
	特別養護老人ホーム 正寿園	田茂木野	☎ 017-738-3711	要介護3~5
	特別養護老人ホーム 寿幸園	高田	☎ 017-739-6473	
	介護医療院 カトレア	高田	☎ 017-739-6100	要介護1~5
医療法人 柏葉会				
	介護医療院 白取医院	高田	☎ 017-739-2342	要介護1~5

※社会福祉法人平元会と医療法人柏葉会は、福祉・医療の連携により、入居（希望）者に対し、トータルケアサービスの提供に努めています。

■入居申し込み

- ・施設入居申込書に入居を希望する施設へ○印を付けていただき、ご本人様やご家族様等の状況をご記入の上、郵送又は
- ・ご不明な点は無記入でも構いません。入居申し込みに基づき、生活相談員が電話で確認させていただき、ご自宅等へお伺いする、もしくは各施設においでいただく形で対応致します。

■施設入居申込書

上記の各施設に備え付けのほか、社会福祉法人平元会ホームページからダウンロードできます。ご自宅への郵送も可能ですので、各施設へご連絡ください。

社会福祉法人平元会ホームページ：<http://heigenkai.jp/>

■入居までの流れ

① ご本人様の状態確認

各施設の生活相談員が、ご本人様の住居・入院先等へ訪問させていただき、様子等をお伺い致します。

② 入居判定会議

必要書類が揃った段階で、施設の各職種が集まり検討会議を行い、施設のご利用をお受けできるか等について正式な判断をさせていただき、必要性の高い方を優先して入居の順序を決定します。

③ 入居待機

各施設のベッドの調整がつくまでお待ちしていただきます。また、定期的に、申し込み者の連絡先へお電話させていただき、申し込み継続の有無、ご本人様の今現在の状況をお伺いさせていただきます。

なお、ご自宅で待機することが難しい場合は、各施設ショートステイをご利用いただくこともできます。ご利用中は、ご本人様の状態を常に確認させていただき、その時点での状態を勘案し、入居優先度の参考とさせていただきますので、お気軽にご相談ください。

④ 待機中の状態変更等

入居申し込み時点より、ご本人様の状態に変更があり、入居の必要性が高い状態となった時は入居が優先されますのでご連絡ください。担当の介護支援専門員とも連携を図り、状態を確認させていただきます。また、入居申し込み書の記載事項に変更があった時もお連絡くださるようお願い致します。

⑤ 入居

入居が可能になる目途が付きましたら、生活相談員より日時調整のご連絡をさせていただきます。日程の調整やご家族様へのご契約の説明等をいたします。