

「浜松中央長上苑」入所までの流れ

入所申込者	施設（浜松中央長上苑）
入所の申込 同封の「入所申込書」を施設に提出して下さい。	入所申込者情報の確認 ケアマネージャー等に連絡し、介護・医療の情報を確認します。 入所申込者名簿の作成 「入所申込者評価基準」（本人の要介護度・家族の状況等を勘案）に基づき、入所の必要性の高い方（点数にて算定）より順に入所申込者名簿を作成します。 優先入所順位の決定 書面調査・ケアマネージャーからの情報などをもとに、優先入所検討委員会を開催し、優先入所順位を決定します。委員会のメンバーは、施設長・他職員及び、部外者の第三者にて構成します。
入所申込者への訪問調査等 優先入所順位の上位の方から、詳しい状況をお伺いするため、面接調査等を行います。	
入所準備 ご家族は、入所説明を受けて、入所準備を進めていただきます。	結果通知 面接調査の結果をもとに、入所の可否が決定され、ご家族に通知致します。 入所説明 入所の時期に合わせ、利用料金など、入所にかかる必要事項を説明致します。
入所 空きが出たら御連絡します。急に空部屋が出た場合、御連絡から入所までの期間が1週間以内になることがあります。	

- ※1. 優先入所順位は、「静岡県指定介護老人福祉施設優先入所指針」に沿った『特別養護老人ホーム浜松中央長上苑優先入所基準』に基づいて決定します。
- ※2. 優先入所検討委員会は6ヶ月に1回以上開催し、優先入所申込者名簿の見直しを行います。
- ※3. 入所申し込み後、本人及び家族の状況に変化が生じた場合、必ず連絡をお願いします。（申込キャンセルの場合も連絡下さい。）

様式 1

(表 面)

浜松中央長上苑 入所申込書

令和 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日 令和 年 月 日

受付NO.

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏 名			性 別	生 年 月 日									
			男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)									
住 所	〒 (—)												
	Tel												
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号										
要介護度	申請中	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5							
入所を希望 する時期	1. すぐにも入所したい(□ ロングショート希望) 2. 6か月以内には入所したい 3. 将来的には入所をしたい												
認 知 症 の 状 況	有 ・ 無		認知症日常生活自立度	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M		
負担段階	食費・居住費の減額認定		第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階②	第4段階						
	社会福祉法人の減額認定		あり ・ なし										
認知症の具体的症状													
知的障害、精神障害等の状況	*手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。												
居 宅 サ ー ビ ス の 利 用 状 況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。												
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有 ・ 無 (有の場合は、退所予定時期)												

家族、身元引受人等の連絡先 *介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

(フリガナ) 氏 名			続 柄	介護者
	(歳)			
住 所	〒 (—)			
	Tel			
(フリガナ) 氏 名			続 柄	介護者
	(歳)			
住 所	〒 (—)			
	Tel			
(フリガナ) 氏 名			続 柄	介護者
	(歳)			
住 所	〒 (—)			
	Tel			

(裏面も記入してください。)

(裏 面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:() 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:() 介護が困難な状況: 〕
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢:(歳) 介護が困難な状況: 〕
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 介護が困難な状況: 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況: 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無) 〕
	7. 介護者が就学中の若い世代（ヤングケアラー）のため、介護が困難 〔 就学の状況 小学生 中学生 高校生 大学生 その他 () 〕
	8. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	9. 上記以外の状態で介護が困難（喀痰吸引・経管栄養を要する等） 〔 介護が困難な状況: 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、 住宅型有料老人ホーム、サービス付き 高齢者向け住宅、法令で定めるその他の 福祉施設（介護付きの施設は2へ） (施設名)
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、 介護医療院、グループホーム、 1のうち介護付きの施設、病院 (施設名)

4 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

--

担当ケアマネジャー	氏 名		事業所名	
主 治 医	氏 名		病医院名	

※ 入所判定の為に必要がある時は、当職員が担当ケアマネジャーから入所申込者の「優先入所調査票」の調査項目についての意見を聴取することに同意します。

入所申込者名

※ 入所申込後に本人及び家族の状況に変化が生じた場合は、必ず連絡をお願いします。

★この申込書の有効期間は2年間です。
（2年毎に更新手続きが必要になります。）

※ 施設記入欄

更新日 ①	令和	年	月	日	受付職員
更新日 ②	令和	年	月	日	
更新日 ③	令和	年	月	日	

入所者申込者の介護の状況を教えてください。（該当する箇所に☑を入れてください。）

移動	☐ 独歩	☐ 杖歩行	☐ 伝い歩き	☐ 手引き
	☐ 歩行器	☐ シルバーカー	☐ 車椅子	☐ 寝たきり
食事	☐ 自力摂取	☐ 半介助	☐ 全介助	☐ とろみ剤の使用
	☐ 経管栄養	☐ 食事制限		
排泄	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ Pトイレ
	☐ パッド	☐ 紙パンツ	☐ 紙おむつ	
入浴	☐ 自立	☐ 半介助	☐ 全介助	☐ 機械浴
その他				

物忘れ	☐ 自分の名前が言えない （ 言える ・ 時々言えない ・ 言えない ）			
	☐ 自分の生年月日、年齢が言えない （ 言える ・ 時々言えない ・ 言えない ）			
	☐ 数分前の事を忘れる （ 忘れる ・ 時々忘れる ・ 忘れない ）			
	☐ 同じことを繰り返し言ったり、行う （ ない ・ 時々ある ・ ある ）			
	☐ 人物がわからない （ わかる ・ 家族はわかる ・ わからない ）			
	☐ 自宅や施設の場所が判断できない （ 判断できる ・ 判断できない ）			
	☐ 外出すると一人で自宅に戻れない （ 戻れる ・ 戻れない ・ 外出しない ）			
	☐ 認知症の診断 （ 有⇒アルツハイマー ・ 血管性 ・ レビー小体 ・ その他 ・ 不明 ）			
行動	☐ 徘徊	☐ 被害妄想	☐ 暴力行為	☐ 介護拒否
	☐ 不潔行為（便や尿に触れる等）		☐ 大声・奇声（大きな音をたてる）	☐ 昼夜逆転
その他				

入所申込者の医療情報を教えてください。

病歴（病名）	期間	※該当箇所に☑を入れて下さい	医務的内容
	年 月 ～ 年 月		☐ 吸引 ☐ ペースメーカー ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン ☐ バルーン（尿管） ☐ ストーマ（人工肛門） ☐ その他（ ）
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		
	年 月 ～ 年 月		