

特 養 入 居 の し お り

社会福祉法人 グラディーレ
特別養護老人ホーム 青葉の郷

この度は青葉の郷へのご入居、誠にありがとうございます。

特別養護老人ホーム（以下「特養」）は、病院・老人保健施設とは違い、利用者様がこれから長きにわたって生活される、まさに利用者様の「家」です。今後その「家族」である施設スタッフがお世話をさせていただくにあたり、ご利用者様、ご家族様の皆様へのお願いなどを入居のしおりとしてまとめましたので、よくお読みいただきますようよろしくお願いいたします。

1. 入居時にご用意いただきたいもの。

- ・個人の衣類（夏物、冬物いずれもお願いいたします）、下着、寝間着類など
- ・タオル類（バスタオル 5 枚・フェイスタオル 5 枚程度）
- ・履物（上履き）
（洗濯は、施設で行います。毛糸地のものなどは、ご家族でお願いします。）
- ・歯ブラシ、眼鏡、補聴器、義歯入れ、義歯洗浄剤など。
- ・ご使用されていた、杖など移動にお使いになるもの。
（施設でもご用意はできますが、できれば使いなれた器具をお持ちください。）
- ・その他個人でお使いになる日用品（時計、カレンダー等）
- ・定期的な内服薬（入居日より 3 週間分）
- ・お部屋で使用する家具（着替えを入れる衣装ケースや洋服タンス等）
- ・電動カミソリ（男性の方）
- ・ゴミ箱（居室内にて使用する物）
- ・現金 3 万円程度（預り金分として）

〈書類・保険証関係〉

- ・入所前の施設や病院から預かった診療情報資料。※別紙 1 を参照。
- ・後期高齢者医療被保険者証
- ・介護保険被保険者証
- ・介護保険負担割合証
- ・介護保険負担限度額認定証（対象者）
- ・社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（対象者）
- ・施設に預けることのできるご印鑑（三文判）

2. お持込の際、施設へご連絡いただきたいもの。

- ・ 日頃使い慣れたもの（個人の小物類）
- ・ 食べ物（特に梅雨時期、夏はいたみやすいものの差し入れはご遠慮ください。）
- ・ その他の嗜好品
- ・ 電化製品（テレビ、電気毛布等）

3. 持ち込みをご遠慮いただきたいもの

- ・ 貴金属類
- ・ 火を使用するもの
- ・ はさみや小刀などの刃物
- ・ ペット類
- ・ 携帯電話（お持ち込みの際には念書を書いていただく運びとなります）

4. 面会について

- ・ 面会時間は原則午前9：00～午後5：00時までです。時間外のご面会につきましてはあらかじめご連絡ください。
- ・ インフルエンザ等の流感のおそれのある時期（冬季）には、風邪をお召しの方は面会をご遠慮ください。
- ・ 事務受付に、面会簿が用意してありますので、必ず面会をされる方は必要事項を記入してください。

5. ご家族による外出・外泊について

- ・ ご家族の同行による外出・外泊は可能です。届け出用紙がございますので、外出・外泊の際には施設までご相談ください。

6. その他

- ・ 利用者様から品物購入のご希望があった場合は、施設より必ずご連絡させていただきますのでよろしくお願いいたします。

入所申込書兼状況調査票

施設名 特別養護老人ホーム 青葉の郷 施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

年 月 日

申請者	氏名(ふりがな)				続柄 ()
	住所	〒			
	電話	()		明・大・昭	年 月 日生 歳
本人の状況	介護保険被保険者番号	(健康保険被保険者番号ではありません。お間違いないようにお願いします。)			
	氏名(ふりがな)			男 ・ 女	
	住所	〒			
	電話	()		明・大・昭	年 月 日生 歳
	要介護度	3 ・ 4 ・ 5 [特例入所] 1 ・ 2	他の特養申請状況	件	
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 老人保健施設入所中 ・ その他 ()			
	認知症	ある ・ なし (「ある」の方は下記のご記入をお願いします。)			
		次にあげるような症状がありますか？あてはまるものの番号すべてに○をつけてください。 1.記憶力の低下(寸前の記憶が無く、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) 2.理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。) 3.見当意識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからないことがある。) 4.昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) 5.徘徊(はいかい)(目的がなく歩き続けることがある。) 6.幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。) 7.収集癖(自分のものではない物や、必要でないものなどを持ちかえる行動がみられる。) 8.その他 ()			
		認知症高齢者の日常生活自立度		☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ Ⅴ	
	病院・施設名	現在右記のような処置を受けていますか？ 受けているものに○を付けてください。		経管(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン	
病名			その他 ()		
今すぐ入所する意思がございましたか？		今すぐ ・ 数か月後 ・ 数年後			
家族構成	一人暮らし ・ 夫婦二人 ・ 家族等と同居 ・ その他 ()				

入所申込書兼状況調査票

【記載例】

施設名 特別養護老人ホーム 青葉の郷 施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者	氏名(ふりがな)	(せんだい たろう) 仙台 太郎	続柄 (長男)	
	住所	〒980-0000 仙台市青葉区〇〇-〇〇-〇〇		
	電話	022 (〇〇〇) 〇〇〇〇	明・大・昭 〇年 〇月 〇日生 〇〇歳	
本人の状況	介護保険 被保険者番号	(健康保険被保険者番号ではありません。お間違いないようにお願いします。) 〇〇〇〇		
	氏名(ふりがな)	(せんだい はなこ) 仙台 花子	男 ・ 女	
	住所	〒983-〇〇〇〇 仙台市宮城野区〇〇-〇〇-〇〇		
	電話	022 (△△△) △△△△	明・大・昭 〇年 〇月 〇日生 〇〇歳	
	要介護度	③ ・ 4 ・ 5 [特列入所] 1 ・ 2	他の特養申請 状況 〇 件	
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 老人保健施設入所中 ・ その他 ()		
	認知症	ある ・ なし (「ある」の方は下記のご記入をお願いします。) 次にあげるような症状がありますか？あてはまるものの番号すべてに○をつけてください。 1.記憶力の低下(寸前の記憶が無く、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) 2.理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。) 3.見当意識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからないことがある。) 4.昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) 5.徘徊(はいかい)(目的がなく歩き続けることがある。) 6.幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。) 7.収集癖(自分のものではない物や、必要でないものなどを持ちかえる行動がみられる。) 8.その他 ()		
		認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb ☒ Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M	
		病院・施設名 〇〇 病院 病名 糖尿病	現在右記のような処置を受けていますか？ 受けているものに○を付けてください。	経管(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン その他 ()
	今すぐ入所する意思がございましたか？	今すぐ ・ 数か月後 ・ 数年後		
家族構成	一人暮らし ・ 夫婦二人 ・ 家族等と同居 ・ その他 ()			

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きます。

介護を行っている方の状況	同居・別居にかかわらず、介護を行っている方についてお書き下さい。	氏名（ふりがな）	生年月日（年齢）	続柄（主たる介護者に◎）	同居の有無	仕事の有無
			（ ）	（ ）	同居・別居	フルタイム・パート・無
			（ ）	（ ）	同居・別居	フルタイム・パート・無
			（ ）	（ ）	同居・別居	フルタイム・パート・無
	その他介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障害やご病気がありますか。病名等をお答えください。（※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。）		障害・病名が（ある・ない） 病名：		※要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
		身体障害者手帳をお持ちの方は、何級かお答えください。（1級、2級、3級、4級、5級、6級）		障害者名をお書きください。		
		療育手帳をお持ちの方はAかBかお答えください。		A（重度） ・ B（中度・軽度）		
		上記以外の場合にお書きください。				
		②複数人の介護・育児をして（いる・いない）		どなたを介護していますか？		
	ケアマネージャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名：		電話番号 ケアマネージャーの氏名		
申込み理由（特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。）						

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	☐ 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため ☐ 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため
	（指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由）

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護者認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名（本人）

印

代筆者

印

申込みをされた後に、入所を希望されるご本人の状況（要介護度・心身の状況等）及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込みをされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行っている方の状況	同居・別居にかかわらず、介護を行っている方についてお書き下さい。	氏名（ふりがな）	生年月日（年齢）	続柄（主たる介護者に◎）	同居の有無	仕事の有無
		青葉さくら	（ ）	長女（◎）	同居・別居	フルタイム・パート・無
			（ ）	（ ）	同居・別居	フルタイム・パート・無
			（ ）	（ ）	同居・別居	フルタイム・パート・無
	その他介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障害やご病気がありますか。病名等をお答えください。（※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。）		障害・病名が（ある・ない） 病名：		※要支援 1・2） 要介護 （1・2・3・4・5）
		身体障害者手帳をお持ちの方は、何級かお答えください。（1級、2級、3級、4級、5級、6級）		障害者名をお書きください。		
		療育手帳をお持ちの方はAかBかお答えください。		A（重度） ・ B（中度・軽度）		
		上記以外の場合にお書きください。				
		②複数人の介護・育児をして（いる・いない）		どなたを介護していますか？		
	ケアマネジャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名： 〇〇介護支援センター		電話番号 ケアマネジャーの氏名 022-〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇 〇 〇		
申込み理由（特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。） ※この欄には、青葉の郷への入所を希望する理由や調査票に書ききれなかった事項（例えば：入院している病院より退院を迫られているが、自宅での介護は難しい為等）をご記入ください。						

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	☒ 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため
	☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため ☐ 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため
(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由) ※特例入所要件に関する在宅生活が困難な状態等について、具体的な理由をご記入下さい。	

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護者認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名（本人） 仙 台 花 子 印

代筆者 仙 台 太 郎 印

申込みをされた後に、入所を希望されるご本人の状況（要介護度・心身の状況等）及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込みをされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。

診療情報提供書

氏名	男 ・ 女		生年月日	年 月 日	歳
住所				Tel	()
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)			☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		
認知症高齢者の日常生活自立度			☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
既往歴	発 病 年 月 日	疾 病 名			
	年 月 日	①			
	年 月 日	②			
	年 月 日	③			
	年 月 日	④			
	年 月 日	⑤			
	年 月 日	⑥			
現在の 疾病					
	(既往歴の番号記入でも結構です)				
現在の 治療・ 処置項目					
内 服 薬					
特記事項	・身長 cm ・体重 kg ・アレルギー 無 ・ 有(				
上記の通り、証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師名 印					

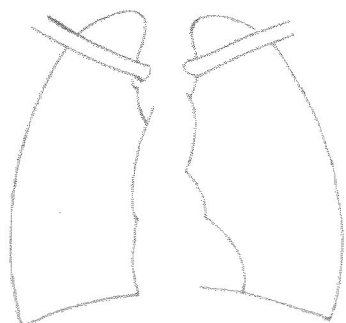
診 断 書

特別養護老人ホーム青葉の郷

ふりがな			ID		
氏 名			生年月日		性別
住 所					
病 名			合併症		
既往歴 手術歴					
傷病の経過 および 治療内容					

麻 痺	☐ なし ☐ あり ⇒ (部位:)				
関節拘縮	☐ なし ☐ あり ⇒ (部位:)				
疼 痛	☐ なし ☐ あり ⇒ (部位:)				
排尿状態	☐ 正常 ☐ 頻尿 ☐ 失禁 ☐ カテーテル				
褥 瘡	☐ なし ☐ あり ⇒ (部位:)				
精神状態	☐ 安定 ☐ 不安定 ⇒ ()				
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M		障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2	
周辺症状の有無 (BPSD)	☐ 幻聴幻覚 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ⇒ ()				

感 染 症	HBsAg	
	HCV	
	TPHA	
	RPR	
	MRSA	
	結核の既往	
	その他の 伝染性疾患	

胸部X線写真 ☐ 直接 ☐ 間接 撮影日 :	
	☐ 特記すべき所見なし ☐ 所見あり

血液型	型	Rh	血压	/	mmHg	脈拍	/min	
心電図異常	☐ なし ☐ あり ⇒ ()							
検 査 値	WBC	/ul	AST	IU/l	TP	g/dl	血糖	mg/dl
	RBC	x104/ul	ALT	IU/l	BUN	mg/dl	HbA1c	%
	Hb	g/dl	γ-GTP	IU/l	CRE	mg/dl	尿蛋白	
	Ht	%	TG	mg/dl	Na	mEq/l	尿糖	
	PLT	/ul	HDL-C	mg/dl	K	mEq/l	尿潜血	
	CRP	mg/dl	LDL-C	mg/dl	CL	mEq/l	ウロビリ ノーゲン	
	Alb	g/dl	身長	cm	体重	kg	検査日:	

医師の所見	
-------	--

処方内容	
------	--

記入日: 令和 年 月 日

医療機関住所: 〒

医療機関名: _____

医師氏名: _____