

入居お申込みをご希望の皆様

社会福祉法人育心会
特別養護老人ホーム北松園ハイツ
施設長 野中 栄利 公印省略

特別養護老人ホーム北松園ハイツ 入居申し込みのご案内

この度は特別養護老人ホーム北松園ハイツへのご入居についてお問い合わせをいただきありがとうございます。パンフレット及び料金表を同封しておりますので、ご一読のうえ、ご検討くださいますようお願い申し上げます。

お申し込みの際は、下記の要領でお願いいたします。

1. お申込方法

同封の「入所申込書」に必要事項をご記入いただき、北松園ハイツ（下記宛先）へ郵送または窓口にご持参（平日 8:30～17:30）ください。

2. 入居決定方法

当法人の入所判定委員会が緊急性等を総合的に判断してご入居者を決定いたします。
※現在、多数の方からご入居のお申し込みをいただいております。居室が空きましたら、入所判定委員会の決定にもとづいて、順番にご連絡させていただきます。

なお、ご不明な点などございましたら、下記までお問い合わせください。

【申込書宛先・お問い合わせ先】

特別養護老人ホーム北松園ハイツ

〒020-0105 岩手県盛岡市北松園四丁目1番3号

電話：019-665-1812（担当：田中・澤田）

※お問い合わせは、平日の8:30～17:30にお願いします。

入 所 申 込 書

(特別養護老人ホーム第二松園ハイツ・北松園ハイツ)

申込日 令和 年 月 日

1. 入所を希望する施設に☑をしてください。両方の施設に申込みをする場合は両方に☑してください。

<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム 第二松園ハイツ (多床室)
<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム 北松園ハイツ (個室)

2. この申し込みに関する連絡者(ご家族等)についてご記入ください。

申込連絡者 (ご家族等)	住 所	〒	
	ふりがな		本人との続柄
	氏 名		
	電話番号		

3. 入所を希望されるご本人についてご記入ください。

入所を希望 される方 (ご本人)	ふりがな		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏 名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
	本人の 現住所	<input type="checkbox"/> 申込連絡者と同じ		

4. 現在のご本人様・ご家族様の状況についてご記入下さい。

現在ご本人様 はどちらにいま すか	<input type="checkbox"/> 病院に入院している	病院・施設から「〇月〇日までに退院(所)してください」と言われ たなど、具体的に退院(所)の予定はありますか
	<input type="checkbox"/> 施設等に入所(入居)している	
<input type="checkbox"/> 自宅にいる(親類の家などを含む)		
居住の状況に ついて当てはま るものを選んで 下さい	※現在入院(所)中の方は、退院(所)後の状況についてご記入下さい。 ※ここでいう「家族」とは兄弟・子・子の配偶者・孫を指します。	
	<input type="checkbox"/> 一人暮らし	ご本人と同一の市町村または隣の市町村に住んでいる家族がいますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない(一次には答えず、5に進んでください)
	<input type="checkbox"/> 同居している家族がいる	
主に介護してい るのはどなたで すか	本人との続柄	主に介護している方に当てはまるものはありますか。すべて選んでください。
		<input type="checkbox"/> 入院している <input type="checkbox"/> 未成年である <input type="checkbox"/> 要介護2～5である
		<input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神・療育)を持っている <input type="checkbox"/> 重篤な介護疲れ状態である
		<input type="checkbox"/> 要支援1～要介護1である <input type="checkbox"/> 75歳以上である <input type="checkbox"/> 週20時間以上仕事をしている <input type="checkbox"/> 小学生以下の子どもを子育てしている

5. サービスのご利用状況をご記入ください。

現在ご自宅で暮らしている方(入所・入院中の方はウラ面へ)

現在利用して いるサービスを すべて選んでく ださい	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(福祉用具レンタル)
	<input type="checkbox"/> 利用していない
	<input type="checkbox"/> 1～2日 <input type="checkbox"/> 3～4日 <input type="checkbox"/> 5～7日

<<ウラ面もご記入ください>>

現在病院に入院中の方、施設に入所中の方

施設や病院の名称	(年 月頃から入院・入所中)
退院(所)してご自宅に帰ることになった場合に心配なことはありますか	

6. 住宅環境についてご記入ください。(現在、入院・入所中の方は、退院・退所した場合の住居についてご記入ください)

住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建以上)	<input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
住宅環境で、生活上不都合なところ、介護の支障になるところはありますか		

7. ご本人様の健康状態やお身体の状態についてご記入ください。

現在治療している病気はありますか		
これまでに大きな病気にかかったことはありますか	(年くらい前)	
	(年くらい前)	
	(年くらい前)	
現在行っている医療的な処置はありますか。すべて選んでください。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥そう処置 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()
食事は自分で食べられますか	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 準備や声掛けすれば自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全般的に手伝いが必要 <input type="checkbox"/> その他()	
トイレは自分でできますか	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 声掛けや介助をすればトイレでできる <input type="checkbox"/> 常時おむつをしている <input type="checkbox"/> その他()	
歩いて移動することはできますか	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 手引き介助や杖等を使えば歩ける <input type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> その他()	
認知症の症状で該当するものはありますか。すべて選んでください。	<input type="checkbox"/> なし (年齢相応の物忘れ程度)	<input type="checkbox"/> 医師から認知症と診断された <input type="checkbox"/> 混乱して介助を拒む <input type="checkbox"/> つじつまが合わず意思疎通できない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう <input type="checkbox"/> 暴言を吐く <input type="checkbox"/> 食べられないものを口に入れる <input type="checkbox"/> 夜眠らずに昼夜逆転する <input type="checkbox"/> 物を盗られた等被害的になる <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込んだりやる気が出ない <input type="checkbox"/> 不潔行為

9. 申込みに関係する参考情報についてご記入ください。

担当のケアマネジャーの事業所名			担当ケアマネジャーの名前	
他の施設にも申込みしていますか	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる	
	<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み		※既に申し込んでいる施設名:	
右のようなことがありますか。ある場合は詳しくご記入ください。そのほか、申込みにあたり、施設に伝えたいことなどがありましたら、ご自由にご記入ください。	<input type="checkbox"/> 認知症と診断され、症状により日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる	<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度Ⅲa以上)である			<input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生

※必ず介護保険被保険者証の写しを添付してください。(添付がないと受付できません)

※2つの特別養護老人ホームのどちらにも申し込みする場合は、どちらか片方にご提出ください。

記入例

入所申込書

(特別養護老人ホーム第二松園ハイツ・北松園ハイツ)

申込日 令和元年12月12日

1. 入所を希望する施設に☑をしてください。両方の施設に申込みをする場合は両方に☑してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム 第二松園ハイツ (多床室)
<input checked="" type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム 北松園ハイツ (個室)

2. この申し込みに関する連絡者(ご家族等)についてご記入ください。

申込連絡者 (ご家族等)	住所	〒020-0103 盛岡市西松園2-5-1	
	ふりがな	まつぞの はなこ	本人との続柄
	氏名	松園 花子	長男の妻
	電話番号	019 661 - 6266	

3. 入所を希望されるご本人についてご記入ください。

入所を希望される方 (ご本人)	ふりがな	まつぞの たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	松園 太郎	生年月日	大正昭和 10年12月31日
	本人の 現住所	□申込連絡者と同じ 盛岡市北松園4-1-3		

4. 現在のご本人様・ご家族様の状況についてご記入下さい。

現在ご本人様 はどちらにいますか	<input checked="" type="checkbox"/> 病院に入院している	病院・施設から「〇月〇日までに退院(所)してください」と言われたなど、具体的に退院(所)の予定はありますか
	<input type="checkbox"/> 施設等に入所(入居)している	
<input type="checkbox"/> 自宅にいる(親類の家などを含む)		
居住の状況について当てはまるものを選んで下さい	※現在入院(所)中の方は、退院(所)後の状況についてご記入下さい。 ※ここでいう「家族」とは兄弟・子・子の配偶者・孫を指します。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らし	ご本人と同一の市町村または隣の市町村に住んでいる家族がいますか <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない(→次には答えず、5に進んでください)
	<input type="checkbox"/> 同居している家族がいる	
主に介護しているのはどなたですか	本人との続柄	主に介護している方に当てはまるものはありますか。すべて選んでください。
	長男の妻	<input type="checkbox"/> 入院している <input type="checkbox"/> 未成年である <input type="checkbox"/> 要介護2~5である
		<input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神・療育)を持っている <input type="checkbox"/> 重篤な介護疲れ状態である
		<input type="checkbox"/> 要支援1~要介護1である <input type="checkbox"/> 75歳以上である
<input checked="" type="checkbox"/> 週20時間以上仕事をしている <input checked="" type="checkbox"/> 小学生以下の子どもを子育てしている		

5. サービスのご利用状況をご記入ください。

現在ご自宅で暮らしている方

現在利用しているサービスをすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(福祉用具レンタル)	
	<input type="checkbox"/> 利用していない	
	介護サービスをあわせて、1週間にどのくらい利用していますか。(福祉用具レンタルを除く)	<input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日

<<ウラ面もご記入ください>>

現在病院に入院中の方、施設に入所中の方

施設や病院の名称	松園第二病院	(H31年 2月頃から入院・入所中)
退院(所)してご自宅に帰ることになった場合に心配なことはありますか	入院前は一人暮らしをしていたが、現在は身の回りのことほとんど全てに手助けが必要で、一人暮らしは難しい。長男妻も仕事・子育てもあり、毎日の介護は負担だ。	

6. 住宅環境についてご記入ください。(現在、入院・入所中の方は、退院・退所した場合の住居についてご記入ください)

住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建以上)	<input checked="" type="checkbox"/> アパート・マンション(3階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)
住宅環境で、生活上不都合なところ、介護の支障になるところはありますか	エレベーターなく、現在の状態では階段の上り降りができない。廊下が狭く、段差も多いので、歩行器が使いにくい。	

7. ご本人様の健康状態やお身体の状態についてご記入ください。

現在治療している病気はありますか	アルツハイマー病 糖尿病 狭心症 脳梗塞後遺症	
これまでに大きな病気にかかったことはありますか	脳梗塞(後遺症で現在も通院治療中) (2年くらい前)	
	大腸がん(手術で完治) (10年くらい前)	
	(年くらい前)	
現在行っている医療的な処置はありますか。すべて選んでください。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input checked="" type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥そう処置 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()
食事は自分で食べられますか	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input checked="" type="checkbox"/> 準備や声掛けすれば自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全般的に手伝いが必要 <input type="checkbox"/> その他()	
トイレは自分でできますか	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input checked="" type="checkbox"/> 声掛けや介助をすればトイレでできる <input type="checkbox"/> 常時おむつをしている <input type="checkbox"/> その他()	
歩いて移動することはできますか	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 手引き介助や杖等を使えば歩ける <input checked="" type="checkbox"/> 車いすを使用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(リハビリで歩行器で歩けるようになってきた)	
認知症の症状で該当するものはありますか。すべて選んでください。	<input type="checkbox"/> なし (年齢相応の物忘れ程度)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師から認知症と診断された <input checked="" type="checkbox"/> 混乱して介助を拒む <input type="checkbox"/> つじつまが合わず意思疎通できない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう <input type="checkbox"/> 暴言を吐く <input type="checkbox"/> 食べられないものを口に入れる <input type="checkbox"/> 夜眠らずに昼夜逆転する <input checked="" type="checkbox"/> 物を盗られた等被害的になる <input checked="" type="checkbox"/> 気持ちが落ち込んだりやる気が出ない <input type="checkbox"/> 不潔行為

9. 申込みに関係する参考情報についてご記入ください。

担当のケアマネジャーの事業所名	第二松園ハイツ居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャーの名前	松園子さん
他の施設にも申込みしていますか	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み	<input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる ※既に申し込んでいる施設名: グループホーム松園、老健松園	
右のようなことがありますか。ある場合は詳しくご記入ください。そのほか、申込みにあたり、施設に伝えたいことなどがありましたら、ご自由にご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症と診断され、症状により日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度Ⅲa以上)である		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生
	アルツハイマー型認知症と診断され、現在は全般的に介護が必要。近くには私たち長男一家だけが住んでいるが、長男は仕事、妻の私も仕事と子育てをしており、介護は困難。病院でも、自分がどこにいるのかが分からなくなり混乱して外に出ようとしたり、看護師さんの介助に抵抗することもある。ヘルパーなどのサービスを使っても、夜間などが心配で、一人暮らしは続けさせられないと思う。できれば、私たちが面会に行きやすい近くの老人ホームで安心して生活させてあげたい。		

※必ず介護保険被保険者証の写しを添付してください。(添付がないと受付できません)

※2つの特別養護老人ホームのどちらにも申し込みする場合は、どちらか片方にご提出ください。