R8. 5. 11改訂

社会福祉法人敬老園 入　所　申　込　書

フ リ ガ ナ （　　）

入所者氏名（　　）

※（　）の中に入所（入居）希望の順に番号をお書きください。また、◎の質問にもお答えください。

特別養護老人ホーム	（　）うえだ敬老園	〒386-0012 上田市中央3-14-5　電話 0268(28)1165
	（　）しおがわ敬老園	〒386-0401 上田市塩川1001　電話 0268(34)6511
	（　）かるいざわ敬老園	〒389-0015 北佐久郡軽井沢町大字追分1436　電話 0267(44)1165
	（　）ユニットケア型しものごう敬老園（個室） （　）しものごう敬老園 （多床室）	〒386-1211 上田市下之郷463-1　電話 0268(38)1165
	（　）みなみかるいざわ敬老園	〒389-0113 北佐久郡軽井沢町大字発地190-3　電話 0267(44)6517
	（　）すわべ敬老園 （個室）	〒386-0027 上田市常磐城2243-1　電話 0268(29)1160
	（※「みなみかるいざわ」「すわべ」は地域密着型のため、施設所在地の市町村にお住まいがある方のみ）	
ケアハウス	（　）うえだ敬老園	〒386-0012 上田市中央3-14-5　電話 0268(28)1165
	（　）ざいもくちょう敬老園	〒386-0012 上田市中央2-20-15　電話 0268(25)6511
グループホーム	（　）にしうち敬老園	〒386-0322 上田市西内800　電話 0268(44)2750
	（　）かるいざわ敬老園	〒389-0015 北佐久郡軽井沢町大字追分1436　電話 0267(44)1165
	（　）うえだはら敬老園	〒386-1102 上田市上田原1068　電話 0268(27)1165
	（　）かみやまだ敬老園	〒389-0822 千曲市上山田2871-1　電話 026(275)6511
	（　）とよしな敬老園	〒399-8205 安曇野市豊科4749-1　電話 0263(71)1865
	（　）こうしゃ敬老園	〒383-0007 中野市大字竹原字中島1135-1　電話 0269(24)6541
	（　）かわべちょう敬老園	〒386-1102 上田市上田原字二ノ口854-2　電話 0268(28)6517
小規模多機能型居宅介護	（　）かわべちょう敬老園	〒386-1102 上田市上田原字二ノ口854-2　電話 0268(28)6511
	（　）うえだはら敬老園	〒386-1102 上田市上田原1068　電話 0268(71)6738
有料老人ホーム（住宅型）	（　）さくだいら敬老園	〒385-0027 佐久市佐久平駅北28-1　電話 0267(68)6511
	（　）うつくしがはら温泉敬老園	〒390-0221 松本市里山辺67-1　電話 0263(37)1187
	（　）パストラルさくだいら	〒385-0027 佐久市佐久平駅北17-4　電話 0267(66)6541
有料老人ホーム（介護付き）	（　）うえだみなみ敬老園	〒386-0018 上田市常田1丁目4-12　電話 0268(29)3731
	（　）パストラルうえだはら	〒386-1102 上田市上田原1053-1　電話 0268(22)0883
	（　）まるこ敬老園	〒386-0405 上田市中丸子1623-11　電話 0268(41)1175
有料老人ホーム（住宅型）支援	（　）はた敬老園	〒390-1401 松本市波田町3023　電話 0263(92)8165
	（　）ハートネット桜枝町	〒380-0862 長野市桜枝町823-1　電話 026(236)1165
サービス付き高齢者向け住宅支援	（　）ハートネット信州中野	〒383-0021 中野市西1-6-5　電話 0269(24)6511
	（　）ハートネット吉田	〒381-0043 長野市吉田3-9-19信濃吉田駅A2ビル　電話 026(215)1165
◎申し込みの施設以外で空室が出た場合、新設施設の情報の連絡は希望されますか。（する・しない）		

※ 制度改正により、特別養護老人ホームに入所できるのは、原則「要介護度３以上」の方になりました。

※ 介護度が変わった、入所が決まった、住所が変わった等状況に変化がありましたら、連絡をお願いします。

受付日　令和　　年　　月　　日　　入力処理年月日 令和　　年　　月　　日

施設長又は管理者	介護支援専門員又は相談員	施設受付担当

処理担当者	本部受付

社会福祉法人敬老園 本部
〒386-0027
長野県上田市常磐城２２５６－１　　電話番号　0268-28-1170　　FAX番号 0268-28-１１７２

（各事業所→本部担当→申込先事業所へFAX）

状況確認および情報収集に係る同意書

社会福祉法人敬老園
理事長 斎藤剛志　様

貴法人の運営する施設等に入所したいので、**介護保険証の写し**及び**状況調査表**を添付して申し込みます。

フリガナ			生年月日		性別
氏名			明治・大正・昭和　年　月　日生（　歳）		男　・　女
現住所	郵便番号		電話番号		
被保険者番号			有効期間	年　月　日　～　年　月　日	
要介護認定	☐ 認定中 ☐要支援1 ☐要支援2 ☐ 要介護１ ☐ 要介護２ ☐ 要介護３ ☐ 要介護４ ☐ 要介護５				
特養の特例入所要件について	※特養の入所要件が原則要介護３以上となりました。要介護１または２の方が入所する為には、下記のいずれかに該当することが必要です。下記の項目で該当すると思われるものに印を付けて下さい。 ☐　認知症である者であって、日常生活に支障を来たす症状、行動、意思疎通の困難さが頻繁に見られる ☐　知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たす症状、行動、意思疎通の困難さが頻繁に見られる ☐　家族等による深刻な虐待が疑われることにより、心身の安全・安心の確保が困難である ☐　単身世帯・同居家族が高齢または病弱である等により家族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				
担当の居宅介護支援事業所等	事　業　所　の　名　称		電話番号	担　当　者	
介護支援専門員の意見（緊急度等）					

現況	在宅の場合	※現在利用している福祉サービス デイサービス（　回/週）・ ショートステイ（　日/月） ヘルパー（　回/週）　・ その他ｻｰﾋﾞｽ（　） 1ヶ月の介護保険サービス利用料　円
	入所、入院中の場合	入所、入院を始めた時期　年　月～（合計　年　ヶ月） 現在の入院、入所施設名 主な入所、入院の理由 転所、転院の回数　回 最初に特別養護老人ホームに申し込んだ時期　年　月頃
	認知症の状況	①認知症はありますか　有　・　無 ②専門病院に受診、療養していますか　はい・いいえ ③認知症の薬を内服していますか　はい・いいえ

主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年　月　日生（　歳）
	住所	〒 TEL：		
	申込者との関係	☐　子（続柄：　）　・　☐　兄弟姉妹（続柄：　） ☐　その他（　）		
	加療中の疾病はありますか　はい・いいえ 要介護者と同居していますか　はい・いいえ 高齢者（６５歳以上）のみの世帯ですか　はい・いいえ 主介護者に協力者はいますか　はい・いいえ 主介護者は複数の人物を介護または育児していますか　はい・いいえ １ヶ月当たりの利用料はどの位まで負担可能ですか　約　円			

第１連絡先（主たる介護者と同じ場合は「同上」と記入）	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒 TEL：		

状況調査表

入所希望者氏名　　様

身体機能	歩行 移動	1．寝たきり　2．車椅子（自立・要支援）　3．歩行器・老人車 4．杖歩行　5．独歩　6．転倒の危険性　有・無　7．その他	備考
	麻痺	1．有　※右（上肢・下肢）　※左（上肢・下肢）　2．無	
	言語	1．話せない　2．単語のみ　3．話せる	
	聴力	1．聞こえない　2．補聴器　3．大声で聞こえる　4．聞こえる	
	視力	1．見えない（　右　・　左　）　2．眼鏡使用で見える　3．見える	
食事	内容	※主食（常飯・お粥・ミキサー）　※副食（常菜・きざみ・ミキサー） ※義歯（有・無）　※経管栄養（胃ろう・鼻くう）　※　その他	
	摂取	1．全介助　2．一部介助　3．自立	
	嚥下障害	1，有　2，無	
排泄		昼） 1．リハビリパンツ 2．おむつ 3．ポータブルトイレ 4．トイレ　（自立・介助） 5．バルン挿入・ストーマ	夜） 1．リハビリパンツ 2．おむつ 3．ポータブルトイレ 4．トイレ　（自立・介助） 5．バルン挿入・ストーマ
		排便）　1．自然排便　2．下剤使用　3．摘便	
		排便間隔）　回　／　日	
保清	入浴	1．一般浴（要介助・自立）　2．リフト浴　3．特浴	
	着脱	1．全介助　2．一部介助　3．自立	
睡眠		1．不眠（眠剤　有　・　無）　2．良眠	
		1．　たたみ　2．　ベット	
精神障害		1．暴力行為　2．妄想・幻覚　3．不穏・焦燥　4．徘徊　5．無	
認知症		1．重度　2．中度　3．軽度　4．無	
会話理解		1．出来ない　2．簡単なことのみ　3．出来る	
薬		1．介助　2．自己管理	

既往歴及び現病		（家族構成）※記入例：夫、長男、長男妻、孫等 ※同居家族 ※別居家族

情報収集に係る同意書

貴法人指定介護老人福祉施設に入所を申し込むにあたり、貴施設が必要とする入所希望者及び家族等の個人情報を市町村、担当居宅介護支援事業者、他の介護保険施設等から、収集し用いることにあらかじめ同意いたします。

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人敬老園
理事長　斎藤　剛志様

【入所希望者】
住所
氏名　　印

【家族代表】
住所
氏名　　印

ケアハウス入居希望者氏名　　（ケアハウスのみ記入）

趣 味	1、	2、	3、
嗜 好	タバコ 1、吸う（1日　　本） 2、吸わない	酒 1、飲む（1日　　合） 2、飲まない	
宗 教			
年金・恩給等	種類（　　年額（　　） 種類（　　年額（　　） 種類（　　年額（　　）		
給 与	1、ない　2、ある　勤務先（　　給料月額（　　）		
不動産収入	1、ない　2、ある　種 類（　　）月額・年額（　　） 1、ない　2、ある　種 類（　　）月額・年額（　　）		
預金・利子	1、ない　2、ある　種 類（　　）月額・年額（　　） 種 類（　　）月額・年額（　　）		
その他収入	1、ない　2、ある　種 類（　　）月額・年額（　　） 種 類（　　）月額・年額（　　）		
借入金	1、ない　2、ある　借入先（　　金額（　　）		
利用状況 経 費	支払いは 1、本人 2、一部縁故者 3、全額縁故者 4、その他（ (縁故者の場合) 住 所　〒　－ 氏 名　（続柄） 職 業　電話番号（　　）　－ 携帯番号		

家族状況（近親者）	氏 名	年 齢	続 柄	住 所	同居・別居

住居の状況	区 分	広 さ	家 賃	その他
	自 家	室　畳		
	借 家	室　畳	円	
	アパート	室　畳	円	
	その他	室　畳	円	

身元保証人	氏 名　年 齢	住 所
	1、（　）	
	電話（　）　－	（職業　　）（続柄　）
	2、（　）	
	電話（　）　－	（職業　　）（続柄　）

入居希望の理由	
その他	