

## 入居申し込みのご案内

### 1. 入居申込書の請求、入居申し込み

入居申込書は特別養護老人ホーム山百合荘へご請求いただくか、山百合荘のホームページからもダウンロードすることができます。

入居申し込みは申込書に必要事項をご記入いただき、「入居申込書」及び「介護支援専門員の意見書」を郵送又は直接ご持参の上、お申し込みください。

### 2. 入居申し込み状況評価【一次判定】

- ① 入居に際しては先着順ではございません。
- ② ご提出いただいた申込書の情報を元に「入所申込者評価基準（栃木県指定介護老人福祉施設の入居に係る指針）」に基づき、仮の順位を決定させていただきます。
- ③ 申込書にある情報で不足がある場合は、詳細をお伺いすることがあります。
- ④ 要介護度やご本人・ご家族様のおかれている状況に変化があった場合には順位が変わる場合がありますので、ご連絡をいただけますようお願いいたします。

### 3. 入居検討委員会（2月・6月・10月開催）

- ① 一次判定での仮の順位を元に、入居検討委員会でご本人・ご家族等おかれている状況を勘案した上で、入居の優先順位を決定させていただきます。
- ② 入居検討委員会は施設職員のみではなく、地域の福祉有識者や市職員など、第三者も委員となっており、公平・公正な審査をさせていただきます。

### 4. 入居の決定の通知、ご契約、ご入居

- ① 入居決定後、重要事項説明書を元に、事前説明をさせていただきます。
- ② 事前説明後、ご契約をさせていただきます。
- ③ 入居日時につきましては、ご相談の上、調整させていただきます。

### 5. 入居のご辞退

入居決定のご連絡の際にご希望により入居を辞退することが出来ます。

ただし、二度目の入居辞退を希望された場合は、入所検討委員会での順位の検討を保留とさせていただきます。入居申し込みは取り下げとはなりませんので、改めて入居を希望される際には、必ずご連絡をいただけますようお願いいたします。

### 6. 申し込みの取り下げ

他の施設へ入居が決まったなど、入居申し込みの取り下げを希望される際にはご連絡をいただけますようお願いいたします。

※ ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせください。

特別養護老人ホーム山百合荘

電話：0287-59-0139

担当者：生活相談員

入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ		性 別	保険者 (市町村名)											
	氏 名		男・女	被保険者番号											
				要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5										
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭  年      月      日 (          ) 歳	認定年月日	年      月      日											
			認定の有効期間	年      月      日から 年      月      日まで											
	現 住 所	〒  電話													
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください。 ◇施設名又は病院名 _____ ◇所在地 _____ ◇入居又は入院時期：              年      月から入所・入院している													
入居を希望する理由（該当するものを選んでください）	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」「認知症」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退院を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <b>※要介護１又は要介護２の方は、下記のいずれかに該当することが必要です。</b> <b>ご自身の判断で該当するとと思われる項目に印をつけてください。</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <input type="checkbox"/> 認知症があって、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る。  <input type="checkbox"/> 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、安心の確保が困難な状態である。  <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。  <input type="checkbox"/> その他  <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> </div>														

入所希望者の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>【現在治療中の病気・特記事項等】</b>
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み・他の施設も申し込んでいる又は今後他の施設も申し込む予定 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( )
説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設担当者又は介護支援専門員から説明を受けました。  年      月      日      氏 名 _____ 印 _____	
同意書	1 入所申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。 2 入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更が生じた場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。  年      月      日      氏 名 _____ 印 _____	

申 込 者 氏 名							
要 介 護 度	1	2	3	4	5		
認知症高齢者の日常生活自立度 (主治医意見書)	M	IV	III	II	I	自立	

在宅サービスの利用割合	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
-------------	-------	-------	-------	-------	-------

①世帯の状況	独居	家族と同居(同敷地内別棟含む)	その他( )	
②介護者の年齢・続柄	続柄( )	70歳以上	60歳以上	60歳未満
③介護者の負担	非常に重い	重い	やや重い	普通
④介護者が障害や疾病	無・有	(介護困難	多少介護困難	介護可能)
⑤介護者の就労	無・有	(8時間以上又は 高齢で就労不能	4時間～8時間	4時間未満)
⑥他の要介護者 介護者の育児、家族の病気	無・有	(介護(要支援【 】、要介護【 】)	看護	育児)
⑦介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	ふつう
⑧他の同居介護補助者	続柄( )	ほとんどなし	随時あり( 日/週程度)	常時あり
⑨別居血縁介護協力	続柄( )	ほとんどなし	随時あり( 日/週程度)	常時あり
⑩近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり( 日/週程度)	常時あり	
⑪在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある	支障がある	やや支障がある	特に問題なし

合計

印