

入 所 申 込 み 案 内

当施設は介護保険法による指定介護老人福祉施設ですので、

要介護認定3から5を受けた方がご利用いただけます。

※要介護1と2の方は、入所は出来ませんが、特例の条件を満たすことにより入所は可能です。

特例入所の条件についてはご確認ください。

サービスの基本方針

- 1 入所者の意思及び人格を尊重し、職員はキリスト教の愛の精神に根ざしたサービスを提供します。
- 2 個々の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、食事、入浴、排泄等の介護、機能訓練、その他日常生活上のお世話を誠心誠意させていただきます。
- 3 入所者一人一人の心や精神を大切にし、生き生きとした生活ができるような援助をこころがけます。
- 4 地域や家庭との結びつきを重視し、総合的なサービスを提供します。

入所申込みについて

以下の書類を提出して下さい。

- (1) 「入所申込書」：書き方が分からない個所は当施設の受付担当にご相談下さい。
- (2) 「介護保険被保険者証」(コピー)
- (3) 最近3ヶ月の「サービス利用票及び利用票別表」(コピー)：サービスを利用していない方は不要です。
- (4) 「介護保険認定調査票」(コピー)。
介護保険認定調査票は、市町村介護保険課が発行しますが、ご本人でない方が窓口に行った場合は情報開示の同意書や代理人の身分証明が必要とされます。調査票を取り寄せるのが難しい方は、当施設受付担当にご相談ください。
- (5) 受付された書類は、当施設の入所検討委員会で総合的に検討し、待機者名簿に登録され、入所基準のポイントの高い方につきましては事前調査実施、健康診断によって、最終判定をさせていただきます。入所が近くなりましたら、ご連絡します。

入所基準について

施設サービスを受ける必要性が高いと認められる人から順に入所していただきます。必要性が高いと判断されるポイントは以下の点です。

- | | |
|-------------------------------|------------|
| (1) 御本人の介護の必要の程度及び心身の特性 | (2) 介護者の状況 |
| (3) 在宅介護の状況(介護保険の在宅サービス利用の状況) | (4) 本人の住所地 |

また、施設側の性別に応じた居室の状況、認知症に対する施設の受け入れ体制、医療行為を必要とする場合における施設の受入体制、その他特別な事情や緊急性等も考慮し、入所順位を調整します。

利用料について

- 1 施設サービス費(介護保険法に定められた要介護度別の給付額の1割及び2割、3割)
- 2 食事代及び居住費(光熱水費)
- 3 その他(日用品費、理美容代、クラブ参加費等は、実費をいただきます)
- 4 食事代、居住費を含め利用料は、収入によって減額される場合もありますので、ご相談ください。

入所申込み取下げについて

何らかの事情で、申込みを取り下げる場合は、「入所申込取り下げ書」をお送り下さい。

社会福祉法人 キングス・ガーデン埼玉

特別養護老人ホーム 川越キングス・ガーデン

指定介護老人福祉施設(認可番号 1170400228)

〒350-0806 川越市大字天沼新田 2 4 7 - 2 電話 049-232-5155 FAX 049-232-5157

特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム川越キングス・ガーデン
施設長 伊藤 貴俊 宛

申 込 日	令和 年 月 日
【申込者】※窓口となっていた方	
(ふりがな) 氏 名	本人との関係
住 所	〒
電 話 番 号	()
携 帯 番 号	()

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏 名	男 女	保 険 者	(区・市・町・村)
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	被保険者番号	
	住 所	〒	要介護度	1・2・3・4・5
			介護保険負担割合	1割・2割・3割
			介護認定 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	現在利用している 在宅サービスの 状況	1 訪問介護 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリテーション 5 通所介護 6 通所リハビリテーション 7 短期入所生活介護 8 短期入所療養介護 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 10 その他		
	認知症等による 不適応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし ※ 申込書最後の※4を参照してください。不明の場合は未記入のまま提出してください。		
	最近の在宅サービス 利用状況	☐ 限度基準額の % (利用単位数÷限度基準額×100) ☐ 施設入所(入院)中		
	医 療 的 措 置 の 状 況	【現在治療中の病気等】 【該当する医療処置があれば○をつけてください】 胃瘻・鼻腔栄養・点滴・インシュリン注射・在宅酸素・膀胱留置カテーテル 人工透析・人工肛門(膀胱)・ペースメーカー・その他()		
	入所を希望する理由 ※ () 内の下線部分は該当 する所に○を付けてください。	1 介護者がいないため () 2 介護者が障害や疾病の状況にあり(介護困難・多少介護可能・介護可能)なため () 3 介護者が高齢等のため十分な介護が困難なため () 4 介護者が就業しているため十分な介護が困難なため () 5 介護者が(当時・半日・時々)育児又は家族の看病が必要で十分な介護が困難なため () 6 介護者が複数の介護をしている為 () 7 介護者以外の同居家族の介護の状況(介護者がいる・介護者がいない) () 8 別居家族による介護の可能性(介護困難・多少介護可能・介護可能) () 9 介護保険施設に入所しているが替わりたい () 10 その他 ()		
現在生活している場所 (例)〇〇市 〇〇病院 〇〇市長男宅	1 自宅 2 その他()			
担当介護支援専門員 (ケアマネジャー)	氏 名 : 事業所名:			

※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設までご連絡ください。

本人の健康状態

※「介護保険認定調査票コピー」があれば提出の必要はありません

(該当するものを○で囲んでください。)

ふりがな 氏 名		性別	男 女	生年月日	年 月 日
麻痺等の有無	①ない ②左上肢 ③右上肢 ④左下肢 ⑤右下肢 ⑥その他				
不自由な関節	①ない ②肩関節 ③肘関節 ④股関節 ⑤膝関節 ⑥足関節 ⑦その他				
寝返り	①つかまらないうでできる ②何かにつかまればできる ③できない				
起き上がり	①つかまらないうでできる ②何かにつかまればできる ③できない				
座位保持	①できる ②自分の手で支えればできる ③支えてもらえればできる ④できない				
両足立位保持	①支えなしでできる ②何か支えがあればできる ③できない				
片足立位保持	①支えなしでできる ②何か支えがあればできる ③できない				
歩行 (5m位)	①つかまらないうでできる ②何かにつかまればできる ③できない				
移乗する行為	(たとえばベッドから車いすに移る) ①自立 ②一部介助 ③全部介助				
移動する行為	(たとえばトイレや風呂場へ移動する) ①自立 ②一部介助 ③全部介助				
立ち上がり	①つかまらないうでできる ②何かにつかまればできる ③できない				
体を洗う	①自立 ②一部介助 ③全部介助 ④行っていない				
床ずれや褥瘡	①ない ②ある				
食事摂取	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助				
食物の飲込み	①できる ②見守りが必要 ③できない				
水の飲込み	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助				
排尿	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助				
排便	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助				
はみがき	①自立 ②一部介助 ③全部介助				
洗顔	①自立 ②一部介助 ③全部介助				
整髪	①自立 ②一部介助 ③全部介助				
つめ切り	①自立 ②一部介助 ③全部介助				
上衣の着脱	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助				
下衣の着脱	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助				
薬の内服	①自立 ②一部介助 ③全部介助				
金銭の管理	①自立 ②一部介助 ③全部介助				
電話の利用	①自立 ②一部介助 ③全部介助				
日常の意思決定	①できる ②日常的に困難 ③まったくできない				
意思の伝達	①できる ②日常的に困難 ③まったくできない				
指示の反応	①介護者の指示が通じる ②ときどき通じる ③まったく通じない				
生年月日や年齢	①言える ②言えない				
自分の名前	①言える ②言えない				
自分のいる所	①言える ②言えない				
今の季節	①言える ②言えない				
視力	①日常生活に支障ない ②不自由 ③まったく見えない				
聴力	①日常生活に支障ない ②不自由 ③まったく聞こえない				
血圧	①正常 ②高血圧 ③低血圧				
感染症	①ない ②ある (病名)				
既往症	①ない ②ある (病名)				
後遺症	①ない ②ある (病名)				
1ヶ月以内に受けた医療の内容を記入して下さい。 (例：点滴、経管栄養、酸素療法、透析、褥瘡の処置、人工肛門の処置等々)。					

認知症等による周辺症状の有無

※「介護保険認定調査票コピー」があれば提出の必要はありません

以下の19問のうち「有」が2つ以下なら「4. なし」に○、3つ以上ある場合、以下の指示に従って入所申込書の「認知症等による周辺症状の有無」欄の1～4を記入してください。

毎日ある場合は、「1. 非常に多い」に○をつけて下さい。

1週間に1～2回程度ある場合は、「2. やや多い」に○をつけて下さい。

1ヶ月に1～2回程度ある場合は、「3. 少しあり」に○をつけて下さい。

以下の項目で（有）に○を付けた際は頻度と具体的な内容を【】内に記入してください

※具体的な内容について記入しきれない際は裏面に記入してください

1. 物をとられたとかお金を盗まれたとか被害的になることはありますか。 1. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
2. 自分の都合のよいように作話をしたり、事実でない話をしますか 2. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
4. 泣いたり怒ったり等感情の不安定や暴力的になることがありますか。 4. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
5. 昼夜が逆転して困ったことがありますか。 5. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
7. 同じ話を何度もして周囲が困ることがありますか。 7. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
8. 大声を出したり、暴言で周囲に迷惑をかけることはありませんか。 8. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
9. 助言や介護に抵抗する行為がありますか。 9. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
10. 目的もなく動き回ることがありますか。 10. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
11. 「家に帰る」等と言い、落ち着かなくなることがありますか。 11. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
12. 外出して元の場所に戻れないことがありますか。 12. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
13. 一人で出たがって目が離せないことがありますか。 13. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
14. 必要ない物を収集する癖があつて困っていませんか。 14. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
16. 物や衣類を壊したり破いたりして困ることはありませんか。 16. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
17. 便をいじったり尿を撒き散らすなどの行為はありませんか。 17. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
18. 食べられない物を口に入れる行為はありませんか。 18. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】
19. 火の始末など、ひどい物忘れで周囲に迷惑になることがありますか。 19. 有・無
【毎日 週に1～2回 月に1～2回 具体的な内容：】

本人氏名

本人の介護状況等

1. ご本人は現在、どこで、どのような生活をしてられますか。

2. 現在、誰がどのような介護を行っていますか。

3. 今まで入所したことのある施設があったら、○で囲んで下さい。
 ①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ②介護老人保健施設 ③介護療養型医療施設
 ④グループホーム ⑤養護老人ホーム ⑥軽費老人ホーム ⑦ケアハウス ⑧その他（ ）
4. 現在、どのようなことで困っていますか。自宅に戻れない理由、自宅で生活するうえで支障になる状況など（認知症が理由で家族が負担になっている事やその頻度など、できるだけ具体的に記入をお願いします。この欄に記入しきれない場合裏面に記入してください）。

5. ご本人が自宅で生活するうえで支障になる住居環境、自宅に戻ることが難しい原因となっている住居環境についてお書きください。（入所や入院している方も、自宅に帰った場合。）

6. ご家族（配偶者、兄弟姉妹、子）の構成

氏 名	続 柄	年 齢	住居地（市町村）	同居・別居の別	生存は○、死別は×
	本 人				○
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	

7. 上記の別居しているご家族が介護出来ない理由、関わる事が難しい理由をお書きください

8. 特に川越キングス・ガーデンに入所申込みなされた理由があれば、お書き下さい。

特 別 養 護 老 人 ホ ー ム 入 所 申 込 取 り 下 げ 書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム
川越キングス・ガーデン施設長

申込者
住所：
氏名：

私は、さきに提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1. 申込日

令和 年 月 日

2. 入所希望者

住所：
氏名：

3. 取り下げる理由