



施設入所申し込みについての ご案内

日頃よりお引き立てを頂きまして、誠にありがとうございます。
入所申し込み時や、サービスの利用・状況等が変更になったときには
以下の物を持参ください。

- ・ 介護保険被保険者証（変更になった都度、お知らせください。）
- ・ 介護保険負担割合証
- ・ 本人の年金額がわかるもの（年金通知書・負担限度額認定証など）
- ・ 介護サービス計画書（直近のもの）
- ・ 病歴（入院計画書など過去の病歴がわかるもの）

※入所前には訪問調査を行いますので、ご協力をお願いいたします。
施設入所申し込みをキャンセルされる場合は、連絡をお願いします。

社会福祉法人 和江会
特別養護老人ホーム わがの里
〒024-0073
岩手県北上市下江釣子10-74-3



MEMO

こちらにいらした時は、お
気軽にご相談や見学を承りま
す。よろしくお願い致します。

TEL 0197-73-5511

FAX 0197-73-5502

担当者名 生活相談員 鈴木 亜希子

特別養護老人ホームわがの里入所申込書

特別養護老人ホームわがの里
施設長 松田 幸三 様

次のとおり貴施設への入所を申し込みます。

申込み日 令和 年 月 日

ふりがな 入所希望者氏名	印	生年月日 性 別	明・大・昭 年 月 日(歳) 男 ・ 女
入所希望者住所	郵便番号 _____ 電話番号 _____		
ふりがな 入所申込者氏名	印	本人との関係	
申込者住所	郵便番号 _____ 電話番号 _____		
保険者	市町村	入所に ついて の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい。 <input type="checkbox"/> 平成 年頃までに入所したい。
被保険者番号			
要介護度	要介護 1 2 3 4 5		
申込み状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または今後申し込む予定。 既に申し込んでいる施設名 () () () 今後申し込む予定の施設名 () () ()		
介護の状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし(介護者なし) <input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護ができない。 介護者の氏名 _____ (続柄: _____) 同居・別居 生年月日 _____ 明・大・昭 年 月 日 (歳) 介護者の状況 _____ 高齢・就労・複数介護・病弱・その他 世帯人員 _____ 人 <input type="checkbox"/> 施設入所または入院中(施設名: _____) (所在地) _____ 市・町・村 入所または入院期間 _____ 年 月 日から		
担当している介護支援専門員 氏 名 _____ (所属: _____)			
★介護保険被保険者証、健康保険証、年金の通知書等の写しを添付してください。 ★居宅サービスを利用されている方は、最新のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。 ★受付後、申込書の写しを差し上げますので状況に変化のあった場合はご連絡下さい。			

受付・説明 氏名

家族の状況と支援の状況

家族構成図		家族介護と支援の状況		
氏名／介護者には*	続柄	生年月日	同別居	特記事項（勤務先等）
男 女			同 別	
男 女			同 別	
男 女			同 別	
男 女			同 別	
男 女			同 別	

医療的処置の状況	既往症・現在治療中の病気		
<input type="checkbox"/> カテーテル	病名	入院・通院病院	期間
<input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門）			
<input type="checkbox"/> 経管栄養			
<input type="checkbox"/> 酸素療法			
<input type="checkbox"/> インシュリン注射			
<input type="checkbox"/> 疼痛の看護			
<input type="checkbox"/> その他（ ）			

制度利用状況	健康保険（種別： ） 年金等（種別： ） 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 障害名 判定 級(度) 年 月 日交付 その他の制度 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業 <input type="checkbox"/> その他
備考	認知症・精神の症状等、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、この状況についてご記入ください。
入所申込み 確認欄	入所申込みの際し、入所申込みから入所契約までの手続きおよび入所等の決定方法についての説明を受けました。 令和 年 月 日 入所申込者氏名 印
受付確認欄	介護支援専門員 印

入所順位判定基準表

受付 No _____

入所希望者氏名 _____

判定実施日 令和 年 月 日

1 要介護度			2 居宅サービス利用状況				4 施設入所・入院状況	
介 護 度	5	40	サービス利用表別表		月分	利用している	10	
	4	35	サービス利用単位数		単位	利用していない	0	
	3	30	サービス利用率		%	5 特筆すべき状況		
	単身者	25	70%以上	15	50%以上	10	・ 認知症状あり (Ⅲ a 以上)	
	介護者あり	25	1～49%	5		20	・ 知的・精神障害	
待 機 期 間	2年以上	15	3 介護者の状況 (家族全員が該当するものに加点する)				・ 虐待が疑われる場合	20
	1年以上	10					介護家族なし	25
	6ヶ月以上	5	高齢・障害者	15	就労等	10	・ 介護者の急な入院等	10
住 環 境	居宅なし・劣悪	10						
	段差多い・風呂なし	5	介護力あり	0				

◎本人の状況

<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

1	2	3	4	5	合計点数
(点)	(点)	(点)	(点)	(点)	点

6 入所判定委員会の結果

利用予定者調書

在宅マネ

氏名			性別	生年月日	年齢	自立度	認知度	介護度
住所	北上市				家族連絡先①			
緊急連絡先	連絡先②	氏名			連絡先③	氏名		
		続柄				続柄		
		電話				電話		
	備考				備考			
既往歴					かかりつけの医師	病院		
						診療科		
						医師名		
						内服薬		外用薬
緊急時搬送先					居宅サービス状況			
食生活	食事方法				備考			
	使用				備考			
	主食				備考			
	副食				備考			
	飲み物				備考			
	歯の状態				備考			
日常生活動作の様子	移動方法				備考			
	車椅子操作				備考			
	立位				備考			
	入浴形態				備考			
	着脱衣				備考			
	排泄				備考			
	失禁の頻度				備考			
	視力				備考			
	聴力				備考			
	意志表示				備考			
備考	【受け入れ体勢】							