

社会福祉法人 海光会

特別養護老人ホーム海光園 入所申込書兼調査票

申込書

※当方記入欄	申込年月日(到着日)	年	月	日
※当方記入欄	当書の有効期限(認定の有効期限)	年	月	日
※当方記入欄	書面内容の調査日	年	月	日

太枠の欄(該当箇所は全て必須)に記入してください。

1. 入所希望される ご本人の情報

氏名(ふりがな)	()	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
生年月日(年齢)	T・S 年 月 日 (年齢 歳)	電話番号 ()		
住所	〒 -			
※現在入院または入所中の場合はその機関名	病院名:	担当医氏名:		
かかりつけ(病院・医院)の主治医	病院名:	主治医氏名:		
認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			
介護保険証	被保険者番号(10桁)	認定の有効期限	年	月 日迄
担当している介護支援専門員	事業所名:	担当氏名:	Tel:	

2. 本人の代理人になる方の情報

(※代理人は血族者第三親等まで(甥・姪)・及び成年後見人等に限りま)

(ふりがな)代理人氏名	()	続柄:
生年月日	T・S・H 年 月 日 (年齢 歳)	
住所	〒 -	
メールアドレス	@	電話番号 ()
就職の有無	<input type="checkbox"/> 就職中(→ <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤) <input type="checkbox"/> 就職活動中 <input type="checkbox"/> 無職	
勤務先の会社名		電話番号 ()
勤務先の住所	〒 -	

調査票

※介護保険更新時、または本人及び介護者・代理人等に変更が生じた場合、総合点数が変わる可能性があります。

順位が上がる可能性がありますので、海光園 TEL0557-67-1971 施設生活相談員までご連絡をお願い致します。

①～③の太枠の欄(該当箇所は全て必須)に☑を記入してください。

※点数は記入不要です。

本人及び介護者の状況		配点	点数
① 介護度	●介護度・・・ □要介護度1(5点) □要介護度2(10点) □要介護度3(30点) □要介護度4(40点) □要介護度5(50点)	10～50	
	●介護保険負担減額証をお持ちの方・・・ □無し □有り → 段階		
	●認知症日常生活自立度・・・□I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M		

※(ア)～(ウ)のいずれかに☑を入れてください。

② 居住環境	(ア)ひとり暮らし	①□ 一人暮らしで、介護者がいない	50	
	(イ)未成年を除く介護者が同居または近隣にいるが、下記のいずれかの事由により介護が困難。	②□ 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有する事により、介護が困難	50	
		③□ 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより介護が困難	40	
		④□ ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難	30	
		⑤□ 複数人を介護している為介護が困難	30	
		⑥□ 介護者が就労又は育児をしているため、介護が困難(働いている事、育児をしている事が証明できる書類等を添付)	30	
(ウ)①～⑥まで以外の状態で介護が困難	□ 理由:	20		
③ 居住地	市内外の別	□ 施設所在地と同一の市町村又はその市町と介護保険の保険者として一部事務組合を設立している市町内(対象:熱海市)	20	
		□ 施設所在地と同一の圏域内又は県内の隣接市町内(対象:伊東市・湯河原町・函南町・伊豆の国市)	10	
		□ 施設所在地の圏域外(対象:上記以外)	0	

合計(A)

※こちらから下の欄は、記入しないでください。

その他の特別な状況		配点	点数	
④その他	□ 介護者による虐待、介護放棄等により、要介護者の生命・身体に危険が生じている場合	150		
	□ 6か月以内に入所を希望しない者	0		
	□ ①養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設(介護付きの施設を除く)	20		
	□ ②介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型施設、グループホーム、①のうち介護付きの施設又は病院	10		
	◆特別な状況(証明できる書類を添付)		配点	点数
	□ 軽費老人ホーム海光園入居者である	15		
	□ 短期入所サービス長期利用者 ※退所予定がなく1年以上利用、且つ、直近月80%以上を利用している。	10		
□ 認知症日常生活自立度レベル加点点 IIa→2点 IIb→3点 IIIa→4点 IIIb→5点 IV→6点 M→7点 (I→1)				

合計(B)

総合計(A)+(B)

*要介護1、2又は申請中の方は記入してください。

要介護1又は2の方が入所するためには、下記①から⑤のいずれかに該当することが必要です。
ご自身の判断で該当すると思われる項目に を付けてください。

- ① 認知症である者であって、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が頻繁に見られる。
- ② 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。
- ③ 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・安心の確保が困難である。
- ④ 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。
- ⑤ 居宅サービス等の利用に関する状況などから、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある。

※ やむを得ない事由について具体的な状況を入所申込書の「その他事項」欄に記載してください。

その他の事項

--