

## 入所申込に関するご案内

入所希望者 各位

特別養護老人ホーム 新潟あそか苑

### 【 申込みに必要な提出書類 】

#### ①新潟あそか苑入所申込書

- ・所要事項にご記入の上、ご提出ください。
- ・要介護1もしくは2の方のお申し込みにつきましては、特例入所としての要件が必要になります。(入所申込書参照)

#### ②介護支援専門員意見書

- ・担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)へのご記入依頼をお願いいたします。

#### ③介護保険被保険者証の写し

### 【 留意事項 】

※入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設にご連絡ください。

※申し込みの期間は、入所申込みの日から3年間です。  
引き続き、申し込みを希望する場合は更新の手続きが必要です。

※ご不明な点は担当までお問い合わせください。

【問い合わせ】 特別養護老人ホーム新潟あそか苑

TEL 025-263-8411

FAX 025-262-1800

担当 生活相談員 苑

受付日 年 月 日

特別養護老人ホーム 新潟 あそか 苑 入 所 申 込 書

\*申込される方のお名前をご記入ください

申込日 年 月 日

申し込み者 氏名	(フリガナ)	続柄	
住所	〒	電話	( )

入所希望者 氏名	(フリガナ)	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
		性別	男・女 満 歳

現住所	〒	電話	( )
-----	---	----	-----

介護保険	被保険者番号		整理番号	
	介護度	1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
	負担限度	なし・あり (1・2・3①・3②)	保険者名	新潟市・その他 ( )

医療保険	後期高齢・健保・共済・組合・生活保護
------	--------------------

障がい者手帳	有・無 (種) (級) 障がい名 ( )
--------	----------------------

経済状況	本人の収入	年金の種類
	有・無	国民年金・厚生年金・障がい年金・遺族年金・恩給 老齢福祉年金 他 ( )

サ(利)用(現)状(中)の(ビ)ス(の)	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居) 主介護者 様 <input type="checkbox"/> 病院に入院中 名称:
	特養・老健・ショートステイ・デイ・ヘルパー・その他 (事業所名: ) } 【事業所名: 担当ケアマネジャー】 【氏名: 氏名: 】

医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 他 ( )

現在治療中の病気 \*最近のものからご記入ください

病名	入院・通院・医療機関名	期間

既往症 \*最近のものからご記入ください

病名	入院・通院・医療機関名	期間

入所希望者の意向	<入所時期>
	<input type="checkbox"/> すぐにでも入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい
	<他施設の入所申込状況>
	<input type="checkbox"/> 新潟あそか苑のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる 他の施設名 ( )



## 介護支援専門員意見書

入所申込者氏名： \_\_\_\_\_

### 1. 本人の状況

① 要介護度	5	4	3	2	1
--------	---	---	---	---	---

② 認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
---------------	-------	------	------	----

### 2. 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

### 3. 主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	独居世帯	高齢者世帯	その他 ( )
② 主たる介護者の年齢・続柄	歳 (続柄: )		
③ 介護者の障害・疾病	なし	あり ( ) 介護は困難 ・ 多少は介護 ・ 介護は可能	
④ 介護者の就労	なし	あり (職種等 ) 勤務 日/週、 時間/日	
⑤ 介護者の育児・家族の病気	なし	あり ( )	
⑥ 他の同居介護補助者	なし	あり (続柄: 日/週程度)	
⑦ 別居血縁者の介護協力	なし	あり (続柄: 日/週程度)	

作成者所属		担当者	印
-------	--	-----	---

### 【作成上の留意事項】

#### 1 「認知症による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目のうち

「夜間不眠や昼夜が逆転している」・「一人で外に出たがり目が離せない」・「火の始末や火元の管理ができない」・「弄便行為等の不潔行為がある」・「異食行為がある」

に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で

「非常に多い」… 毎日ある場合

「やや多い」… 週に1～2回ある場合

「少しあり」… 月に1～2回程度ある場合

を目安として判断する。

#### 2 「在宅サービスの利用度」

サービス利用票別表に基づく支給基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(区分支給限度基準額単位数/サービス利用単位数×100)

算定の期間 … 概ね3ヶ月を基準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービス … 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与

#### 3 「③介護者の障害・疾病」

「介護は困難」… 介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合

「多少は介護」… 介護者は障害や疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」… 介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

を目安として判断する。

※ 他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。