

特別養護老人ホーム 有明園入所申込書（透析）

貴施設に入所したいので、次のとおり申込みします。

申込者 (身元引受人)	氏名	(続柄:)				
	住所	(〒 -)				
	連絡先	自宅・勤務先・携帯 - -				
入所希望者 氏名	フリガナ				性別	男・女
	生年月日	年 月 日				
	満 歳					
住所	(〒 -) 【電話番号】 - -					
介護保険	被保険者番号	保険者名:新潟市・その他 ()				
	要介護	1・2		3・4・5		
	認定期間	年 月 日		～ 年 月 日		
医療保険	後期高齢・国民健康・共済組合・健康(全国健康、組合管掌等)・生活保護					
身障者手帳	手帳の種類: (障害名:) 判定 級					
経済状況	本人の収入 有り・無し 年金の種類: (年額 円)					
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 (利用中のサービス: ショートステイ・デイサービス・訪問看護・その他)					
	<input type="checkbox"/> 入院中・施設入所中 (病院名、施設名:)					
希望入所時期	なるべく早く入所したい・順番がきたら入所したい・今すぐではないが入所したい					
	他施設の申込み(有・無) 申込み施設名:					
病歴	発症年	病名			医療機関	
状態 (該当の所を ○で囲んでく ださい)	食事	自力 一部介助 全介助		経管	胃瘻	
	排泄	便所 ポータブル 尿管 人工肛門 (パンツ・紙パンツ・紙オムツ)				
	移動	自力歩行 杖使用		歩行器	車椅子	
	認知症状	徘徊 妄想		大声	不潔行為	その他 ()
	医療	痰の吸引 酸素		ペースメーカー	インスリン	その他 ()
家族構成 (同居者もし くは別居して いる親族等)	氏名	年齢	続柄	住い	同居・別居	
申請理由 (介護状況等)						

申込日	令和	年	月	日	受付日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

留意事項	<p>本入所申し込み書に記載した事項に変更があった場合は、あるいは他の施設等に入所した場合は、必ず当施設に連絡ください。</p> <p>連絡先：特別養護老人ホーム有明園</p> <p>【電話】 025-(231)-2615 【FAX】 025-(231)-0539</p> <p>担当：生活相談員 横山・石橋・今井</p>
説明確認及び情報収集に係わる同意書	<p>私は、貴施設への入所申し込みの際し、入所申し込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定の為必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村の担当居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集する事に同意します。</p> <p>意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>入所希望者 _____ 印</p> <p>入所希望者の家族 _____ 印</p>

担当介護支援専門員	事業者名	【電話番号】 — —
	氏名	

※要介護1、又は要介護2の方が入所を申し込む場合、下記に記入してください。

特例入所の要件・理由	<p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p>【上記要件の具体的な理由】</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
------------	--

施設入所申込みに関する情報提供同意書

新潟市社会事業協会特別養護老人ホーム有明園への入所申込みにあたり、わたし（利用者及びその家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

入所希望者 _____ 氏名

署名代行者または成年後見人 _____ 氏名

※署名代行理由 _____

1. 使用する目的

- ① 利用申込みに関する施設入所検討委員会での情報提供
- ② 医療機関との連絡調整において必要となった情報提供
- ③ 介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において必要となった情報提供
- ④ 市町村、担当地域包括支援センターとの連絡調整において必要となった情報提供

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人の情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ② 個人の情報を使用した会議の内容、経過を記録しておくこと。

新潟市西区西有明町1-20
社会福祉法人新潟市社会事業協会
特別養護老人ホーム有明園
園長 真壁 恒雄

介護支援専門員意見書

社会福祉法人新潟市社会事業協会
特別養護老人ホーム有明園

記入日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

■入所希望者氏名

男・女 年齢 歳

1.本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
要支援	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

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

【特記事項】(ご家族の状況、困っている点など)

.....

.....

.....

.....

.....

作成居宅事業者名

介護支援専門員氏名

印

新潟市介護サービス共通 診療情報提供書

令和 年 月 日

御中

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

⑩

患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -		電話			
現在の診療形態	： <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日より)					
診断名						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 入所					
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) ・ <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
既往歴	現病歴					
現在の処方	その他(感染症等のデータがありましたらご記入ください)					

日常生活状況	移動	歩行： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		車いす： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	経口摂取： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 塩分制限食 <input type="checkbox"/> その他)
	排泄	尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (日中： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ)
		便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (日中： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ)
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
認知症の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	

※補足の検査等が必要な場合は別紙「新潟市介護サービス共通連絡票」をご使用ください

新潟市介護サービス共通連絡票


患者氏名： 様	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日： <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	年齢： 歳

※施設ご担当者様へ

貴施設を利用にあたり必要な検査がありましたら、利用者様にお渡し前に にチェックをお願いします。

※紹介元ご担当医様へ

のチェック以外のものについては、わかる範囲でご記入ください。

<input type="checkbox"/> 胸部 X-P所見	<input type="checkbox"/> 心電図所見
	
(年 月 日撮影)	(年 月 日)
<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> その他の検査(最近の検査データがありましたら添付してください)
<input type="checkbox"/> HCV抗体	H <input type="checkbox"/> s 抗原： <input type="checkbox"/> RSA：
<input type="checkbox"/> 梅毒反応 ワ氏	TPHA

上記のとおりご連絡いたします。

令和 年 月 日

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名