

入所申し込み前にご確認ください。

1. 特別養護老人ホームに入所できるのは以下の方です。
 - ・介護保険の要介護 3 から 5 と認定された方及び、要介護 1、2 であって特列入所の要件に該当する方
 - ・専門的な医療行為（常時点滴や注射、気管切開、経鼻栄養等）や入院治療の必要が無い方
2. ご家族・ご親族で話し合い、入所の意向を統一したうえで、お申し込みください。
3. 入所前に施設の見学をおすすめします。

入居される方にとって長期の生活の場となることが考えられます。「思っていたところと違う」という事態を防ぐためにも施設見学をおすすめします。見学の際には、事前連絡をお願いします。

（連絡先：0776-98-5550 尾武・山田）
4. 入所が決定した方については入所前に健康診断（採血、胸部レントゲン、心電図）をお願いします。健康状態や結核や肝炎などの感染症を確認するためです。
5. 入所するとかかりつけ医が施設の配置医（非常勤）に変わります。

入所後は施設の配置医が往診や薬の処方を行うことになります。施設の配置医は主に健康管理を目的としており、長期にわたる治療や重篤な医療行為が必要な方の受け入れは困難となっております。

施設の配置医はオレンジホームケアクリニック 谷山 晶三医師です。
6. 24 時間介護の提供ができる施設ですが、自宅で起こり得る事故（転倒、窒息、行方不明など）やインフルエンザ、ノロウイルスなどの感染症は施設においても発生する可能性があります。

また、認知症を患っている方に関しましては、衣類や身の回り品を紛失する可能性もあります。

入所申込みから入所決定までの流れ

特別養護老人ホーム すみれ荘

当施設は、福井県が定めた「福井県特別養護老人ホーム入所指針」に従って、以下の流れで入所の必要性が高い方から円滑に入所決定を行います。以下の内容をご理解いただき、申込みをお願い致します。

入所申込み

*印鑑、介護保険証の写し、(居宅サービスを利用されている場合は)直近3か月分のサービス利用表の写しをご用意ください。
申込み受理後、担当ケアマネージャーや入院先等に ご本人の心身の状態を確認させていただく場合がございます。

入所の必要性を点数化する

*「福井県特別養護老人ホーム入所判定基準」に基づき、入所の必要性や緊急性を判断します。評点が同じ方については申し込み順となります。

入所判定委員会で入所候補者を決定する

*委員会は毎月開催し、入所予定者の順位付けを行います。入所候補に挙がった方は、本人、ご家族に入所の意向を再確認し、本人の状態確認を行ったうえで、入所を決定します。

入所決定・契約

*入所決定があったにも関わらず、入所を辞退した場合は、入所の必要性がなくなったものとみなします。 辞退後に再入所申込みを行うことは可能です。

～留意点～

*申込み後、ご本人の状況(介護度、待機場所、居宅サービスの利用度等)に変化があった場合は、ご連絡ください。入所の順番に関係します。ご連絡が無い場合は、変化が無いものとみなします。また、入所の必要性が無くなった場合にも、お手数ですがご連絡をお願いします。

問い合わせ先：すみれ荘 電話0776-98-5550 尾武、山田

福井県特別養護老人ホームすみれ荘 入所申込書

施設長	副施設長	事務長	受付担当者

申込日 平成 年 月 日 (曜日)

申込者 (申込書を記入された方)	ふりがな 氏 名
	住 所
	電 話 (市外)

特記事項(施設が記入)

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付けてください

ふりがな 氏 名	男 女	保 険 者	
		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定
住 所			
生 活	☐ 自宅で1人暮らし ☐ 自宅で家族と暮らす ☐ 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名) ☐ 現在入院中(病院名 時期 平成 年 月から入院)		
介 護	☐ 介護する人がいない ☐ 介護する人が(高齢 ・ 虚弱 ・ 就労中 ・ 育児中 ・ 複数介護 ・ 介護放棄)で自宅では困難 ☐ 介護する人の(身体的 ・ 精神的)負担が大きくて自宅では困難 ☐ 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) ☐ 現在、居宅サービスを利用して(いる ・ いない) ☐ 認知症の程度(日常生活自立度 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)		
医 療	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 透析 ☐ インスリン注射 ☐ 褥瘡(床ずれ) ☐ 在宅酸素 ☐ その他() 現在治療中の病気など (主治医)(歯科医)		
申込み 希 望	☐ この施設のみ申込む ☐ 他の施設にも申込む ・すでに申込み済施設()() ・これから申込む施設()() * 居室の希望 ☐ 多床室 ☐ 従来型個室 ☐ どちらでも良い		

主に介護している人について

※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏 名		続 柄	
同居別	☐ 同居している ☐ 同じ敷地にいる ☐ 近くで別居 ☐ 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること		

※ 裏面にも記入してください。

入所を希望する人が要介護1又は2の場合には、特例入所の要件に該当する事由の有無について

特例入所の要件に該当する事由の有無 ☐ 有 ☐ 無	☐ 認知症であって、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等が頻繁に見られる ☐ 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 ☐ 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難である ☐ 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が十分に受けられない
該当する事由の具体的な内容	<u>できるだけ詳しく記入してください</u>

※すべての申込者が記入してください

同意欄	福井県又は市町村から求められた場合や福井県又は市町村に報告する必要がある場合には、これを提出することに同意します。 平成 年 月 日 氏 名 ⑩
-----	---

※ 申込みの際には、被保険者証の(写し)、直近3か月分のサービス利用票及び別表の(写し)を添付してください。
 ※ 申込み後に他の施設に入所するなどして申込みの必要性がなくなった場合には、施設まで連絡してください。

施設入所希望者受付シート

入所希望者 氏名		男 女	生年月日	M・T・S	年	月	日	満	歳
世帯の 状況	氏 名	続柄	年齢	職業又は勤務先			電話番号		
	氏 名	続柄	年齢	住 所 ・ 職 業 ・ 電話番号 等					
親族の 状況									
[経歴・職歴] (出来るだけ詳細に)									
[病 歴] 現在までにどのような病気、手術をしているか記入してください。(何年に…と言うように)									
[認知症] 有 無 ○印をつけてください。									
認知症について診断されている場合は、診断名を記入して下さい。									
[] アルツハイマー、脳血管性認知症等…									
認知症で困っている行動があれば書いてください。 徘徊、異食、暴言、暴行、昼夜逆転(不眠)									
[日常生活能力動作]									
視力、聴力、言語、歩行、食事、入浴、排泄、について特別なことがあれば記入してください。									

入所希望者判定シート

[illegible]