介護老人福祉施設

社会福祉法人　皇寿会

特別養護老人ホーム　遊楽の丘

入居お申込みのご案内

社会福祉法人　皇寿会
特別養護老人ホーム　遊楽の丘
〒238−0101　三浦市南下浦町上宮田 3451 番地
046−888−8000

＊　ご案内　＊

　１つの建物の中に、居室１００室、ショートステイ２０室を合わせ、１２０名の方が生活を共にされます。

　眺望の開けた小高い丘に誕生した「遊楽の丘」で、ご入居者様の暮らしを支え、職員一同心を合わせ日々のケアを進めてまいります。

〈施設の概要〉

【所在地】　　〒238−0101
三浦市南下浦町上宮田 3451
（京浜急行　三浦海岸駅下車　徒歩１１分）

【定　員】　　入所（居室１００名）　※1ユニット10名
ショートステイ２０名　　計１２０名

【協力医療機関】　　三浦市立病院　　他

〈 入居対象者〉

- 原則、介護認定において要介護３～５の方が対象となります。
- 病状が安定されている方

＊入居判定方法につきましては、特別養護老人ホームの入退所指針を基に、検討委員会にて必要性が高いと認められた方を優先に決定しております。
申し込み順ではありません。

〈お申し込み方法〉

１　入居申込書の記入時のお願い

- 申込書記入例を参考に、ボールペンでご記入ください。
- 申込者は、ご本人が申込者でない場合は、身内で入居希望者のキーパーソンになる方、入居判定の際の面接に立ち会う事の出来る方です。

２　必要書類

①入居申込書
②介護保険被保険者証の写し
③介護保険負担割合証の写し（お持ちの方）
④老人健康保険施設・ショートステイ等、入所施設利用時の利用者負担限度額の認定証（お持ちの方）の写し

３　申込み方法

原則来所にて受付（来所が困難な場合は、ご相談ください。）
事前にお電話でご予約の上、施設受付にご持参ください。

受付時間：午前９時から午後５時

※入居申込書につきましては、Fax・E-mail 等ではお受けしていませんので、ご理解の程、宜しくお願い致します。

４　その他

- お申込みの順番がご入居の決定の順番ではありません。
- お預かりした書類の個人情報に関しては、判定以外の目的では一切使用致しません。
- 入居希望者の要介護や家族等の介護者の状況など、入居申込み書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合または、他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず当施設に連絡をして下さい。

特別養護老人ホーム遊楽の丘
ご入居までの流れ

申　込　み

※来所でのお申込み

＜申込時必要書類＞
- 申込書
- 介護保険被保険者証の写し
- 介護保険負担割合証の写し
- 利用者負担限度額認定証の写し
（施設入所利用で、認定証をお持ちの方）

- 受付確認書の交付
（遊楽の丘→申込者）

※先着順ではありません。

↓

入居検討委員会にて

順位づけ

↓

お電話にてご連絡

ご本人
ご家族
事前面談

↓

入居検討委員会にて

入　所　決　定

- 健康診断書の提出

↓

お電話にてご連絡

ご　入　居

入居申込書記入例

申込書を記入された日を
お書き下さい。

こちらで書きます。
記入不要です。

受付NO.

特別養護老人ホーム　遊楽の丘　入居申込書

申 込 日	年　月　日	受 付 日	年　月　日
※　受付後５年間保存します。		受付時刻	午前・午後　時　分

申込みをされる方の
ご住所お名前を
お書き下さい。

施設長　殿

申込者（連絡先）

住　所	〒　三浦市城山町１−1		
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	ミウラ　タロウ 三浦　太郎	電話番号	０４６　（　８８８　）８８８８

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入居を申込みさ
れる方の状況を
お書き下さい。

介護保険証の内容
をお書き下さい。

現在生活されている場
所をご記入下さい。

入居希望者の状況

（フリガナ）	ミウラ　ハナコ	性　別	男　・　(女)
氏　名	三浦　花子	住民登録	三浦　(市)・区・町・村
現住所	〒　三浦市城山町１−1 電話　046（888）8888		
生年月日	明・(大)・昭　１５年３月　３日（　９０歳）		
健康保険	種　別	後期高齢者医療保険	記号・番号　１１１１１１１１
年金等	種　別	国民年金	
障害手帳等	☐ 有　☑ 無 手帳の種類　　（障害名　　） （判　定　　級（度）　　年　月　日）		
介護保険	被保険者番号	０ ０ ０ ０ ０ １ ２ ３ ４ ５	

要介護認定

☐ 要介護１　☐ 要介護２　☐ 要介護３　☑ 要介護４　☐ 要介護５

【要介護１、要介護２の方へ】
　要介護１又は要介護２の方が特別養護老人ホームに入居するには、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と認められることが必要です。
　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、という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。

（認定期間）　年　月　日　～　年　月　日

現在利用している施設サービス等

☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所（入院）している
☐ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入居（入居）している
☑ 自宅で暮らしている

（施設に入所（入居・入院）している場合）

施設名又は病院名 （所　在　地）	市・区・町・村
入所又は入院期間	年　月　日～

＊　氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

ご自宅で生活されていて、介護保険のサービスを使っている方は、使っているサービスにレ点を入れ、その回数、〔　　〕内にその事業所名をご記入下さい。

入居希望者の状況

現在利用している居宅サービス

＊１ 該当するものをすべて選んでください。
＊２ 〔 〕内に事業者名を記入してください。

☑	訪問介護	（月に　１０回程度）	〔みさき訪問介護ステーション　〕
☐	訪問入浴介護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	訪問看護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	訪問リハビリテーション	（月に　回程度）	〔　〕
☐	居宅療養管理指導	（月に　回程度）	〔　〕
☐	通所介護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	通所リハビリテーション	（月に　回程度）	〔　〕
☐	短期入所生活介護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	短期入所療養介護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	夜間対応型訪問看護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	認知症対応型通所介護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	小規模多機能型居宅介護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	看護小規模多機能型居宅介護	（月に　回程度）	〔　〕
☐	福祉用具の貸与・購入費支給		
☐	住宅改修費の支給		
☐	その他の生活支援（　　）		

現在のお身体の状態にレ点を入れて下さい。

身体の状況

食　事 摂　取	☐ 自　立　☐ 見守り（むせる・むせない）　☐ 一部介助　☐ 全部介助 （食事の種類）（主食）☐常食　☐半粥　☐全粥　☐ミキサー （副食）☐常食　☐刻み　☐ミキサー
排　泄	☐ 自　立　☐ 一部介助　☐ 全部介助 （おむつの使用）☐なし　☐昼夜　☐夜のみ　（排せつの拒絶）☐有　☐無
入　浴	☐ 自　立　☐ 一部介助　☐ 全部介助
更　衣	☐ 自　立　☐ 見 守 り　☐ 一部介助　☐ 全部介助
移　動	☐ 自　立　☐ 見 守 り　☐ 一部介助　☐ 全部介助 （歩　行）　☐つかまり歩き　☐杖使用　☐車いす　☐寝たきり
視　力	☐ 普　通　☐ やや悪い　☐ 人の動きがわかる程度　☐ ほとんど見えない
聴　力	☐ 普　通　☐ やや悪い　☐ 大声が聞き取れる　☐ ほとんど聞こえない
言　語	☐ 普　通　☐ 聞き取りにくい　☐ 聞き取れない

補足すべき身体の状況について、具体的に記載してください。

認知症・精神の症状

☐ 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している
☐ 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる
☐ 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする
☑ 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする
☐ 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする

現在の認知症の状態にレ点を入れ、具体的な内容があれば、その内容をご記入下さい。

自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。

現在医療的処置をされている場合は、その項目にレ点を入れて下さい。

現在治療中または経過観察中の病気、飲まれているお薬の名前をお書きください。

現在治療中ではないが、過去に治療通院していた、入院したことがある病気があればお書き下さい。

ご本人の入所に対するご意向で、当てはまる項目にレ点を入れて下さい。

介護者、住居の状況等入所を希望する理由で該当する項目全てにレ点を入れて下さい。

主に介護にあたられている方の状況をお書き下さい。

入所希望者の状況

医療的処置

＊ 該当するものをすべて選んでください。

☐ カテーテル　☐ ストマ(人工肛門)　☐ 経管栄養（鼻腔・胃ろう）
☐ 酸素療法　☐ インシュリン注射　☐ 疼痛看護
☐ その他（　　）

(現在治療中の病気)

病　　名	入院・通院病院	期　　間
高血圧	三浦市立病院	平成　2年　　3 月
		年　　月～
		年　　月～
内　　服		
感　　染		

(既往症)

病　　名	入院・通院病院	期　　間
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月
		年　月～　年　月

入所希望者の意向（入所希望者が申し込んでいる場合を除く）

☐ 入居希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している
☐ 入居希望者は在宅での生活を希望している
☑ 入居希望者の意向は確認していない又は確認できない
☐ その他（　　）

家族や住居等の状況

入所を希望する理由

＊ 該当するものをすべて選んでください。

☑ 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない
☐ 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない
☐ 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難
☐ 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難
☐ 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難
☐ 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難
☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きい

☐ 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難
☐ 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難

☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難
☐ 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難
☐ その他（具体的に記載してください。）

（　　）

主な介護者

(フリガナ)	ミウラ　サクラ	性　別	年齢／生年月日	（６０歳）
氏　　名	三浦　さくら	男・(女)	明・大 (昭)　３０年　９月　９日	
同居の区分	☑同居　☐別居　住所 〒　　電話　（　）			
入所希望者との関係	☐配偶者　☐子　☑子の配偶者　☐兄弟姉妹　☐その他（　　）			
他の介護者	☐配偶者　☑子　☐子の配偶者　☐兄弟姉妹　☐いない			
意　　見	(介護をしている上で特に困っていること)			

入所を希望される時期で該当する項目にレ点を入れて下さい。

その他	入居を希望する時期	☑ 今すぐ入所したい ☐ 半年ぐらい先には入所したい ☐ １年ぐらい先には入所したい ☐ 将来的に必要になったときに入所したい
	他施設の申込み状況	☑ 当該施設にのみ申し込んでいる ☐ 他の施設にも申し込んでいる （他の施設名）＿＿＿＿＿＿＿＿

他施設への申し込み状況に関して該当する方は項目にレ点を入れ、他施設にも申し込まれている場合は、その施設名をお書きください。

ご自宅で介護サービスを受けられている方は担当のケアマネージャーの情報をお書きください。

担当ケアマネジャー	氏　名	三崎　幸子	連絡先	電話　０４６(８８８)１１１１
	事業所名	みさき介護支援事業所		

備　考	本入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。

入所を特に強く希望される等、当施設が考慮すべき理由がある場合はその状況を具体的にお書きください。

お　ね　が　い	入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入居申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。

同意確認欄	☑ 入居申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 ☑ 入居要件の判定や入居の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入居申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 ☑ 申込みから２年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入居希望者の状況を把握できない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 入所希望者氏名　　印 申 込 者 氏 名　　印

右記３項目をお読み頂き、３項目全ての同意欄にレ点を入れて下さい。

入居希望者、申込者、それぞれご署名、ご捺印をお願いします。（入居希望者のご署名が困難な場合は、代筆で結構です。）

説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 年　月　日　氏　名　　（本人との続柄）（　　）

入居の説明をさせて頂いた際にご署名願いますので、事前の記入は不要です。

【　添付（提出）書類　】

〇　特別養護老人ホーム遊楽の丘　入居申込書　　１部

※ 必要事項をご記入の上、ご提出ください。

〇　健康診断書診断書

※ 医療機関を受診し、入居前にご提出ください。

【　参　考　資　料　】

〇　特別養護老人ホーム遊楽の丘　利用料金表（概算）

※ お申し込みの参考にしてください。