

申込みから入所までの流れ

1 ご相談・お問い合わせ

まず、下記までご連絡をお願いします。

*担当と面談の日程を調整させていただきます。

電話：0191-64-3923（特別養護老人ホーム孝養ハイツ 事務室）

*ご見学も可能です。

2 入所申込み

必要書類 ①介護保険被保険者証

②入所申込書

*当施設まで、お越し頂くか、担当のケアマネージャー様にご依頼下さい。

また、次のページに様式がございますので、印刷をしてご利用下さい。

*ご不明なところが、ございましたら、空欄のままでよろしいです。

3 入所担当者との面談

*事前にご連絡を頂き、日程を調整し、施設までご来所下さい。

担当者から、ご本人様の状態やご家庭の状況等をお伺い致します。

20分～30分ほどお時間を頂きます。

入所申込書については、その当日にお越し頂いてから、担当に確認しながらご記入頂いてよろしいです。

*事前にご自宅等でご記入頂ければよりスムーズに面談が行えます。

4 入所順位の決定・待機

入所検討委員会により決定します。（毎月第1月曜日開催）

入所ガイドライン（入所に係る指針）に基づいて、入所検討委員会において、入所の必要性や緊急性等について確認し、入所の優先度の高い方から入所順位が決定されます。

*入所検討委員会には、施設職員以外にも、外部の有識者（入所検討委員）にも出席頂き、公正に審議されます。

5 施設から連絡（入所前面談等）

入所が近くなりましたら、担当者よりご連絡をさせていただきます。

入所の意思やお体の状態等の確認をさせていただきます。

6 入所決定・契約

入所決定後、入所日の調整を行います。

契約書・利用説明書（重要事項説明書）についての説明後、同意の上ご契約頂きます。

7 入所当日

入所時間は、ご家族と相談し決定いたします。

入所後に預かり物品等の確認をさせていただきます。

★ 入所の対象となる方

原則、要介護認定で要介護3～要介護5と認定された方。

ただし、在宅において日常生活を営むことが困難でやむを得ない事由がある場合には、要介護1又は要介護2の方も入所の対象となります。

*施設から市町村へ照会し、市町村からの意見をもとに入所検討委員会で決定します。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 孝養ハイツ 施設長 様

申込者	住所	〒	
<input type="checkbox"/> ご本人	ふりがな	本人との続柄	
<input type="checkbox"/> ご家族	氏名		
<input type="checkbox"/> 代理人	電話番号	()	

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご本人の氏名					生年月日	年 月 日		
本人の現住所	〒				電話番号	()		
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒				
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)				保険者			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日						
介護者の状況	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	氏名				生年月日	年 月 日		年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所)					
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)						<input type="checkbox"/> なし
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている		<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> 働いていない(<input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他()						
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:)						<input type="checkbox"/> なし	
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所							
	上記サービスの週当たりの利用日数	<input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日						
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建)			<input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)						
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名				電話番号	入院等の時期(平成 年 月頃)		
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている			<input type="checkbox"/> 退院(所)したい(<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)			
	在宅生活困難理由							
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している			<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である		<input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生					
医療的処置の状況	現病名や既往歴							
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()						
参考事項	指定居宅介護支援事業所名				担当ケアマネジャー			
	他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込む		
		※ 既に申込んでいる施設名:						
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい						
健康保険種別				年金種別				

注) 介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。