

1. 特別養護老人ホームつじまち入居をご希望される皆様へ

お申し込みをされる前に、良くお読みください。

【特別養護老人ホームとは】

身体が不自由なため寝たきり状態の方、認知症があり常時介護が必要な方などに、日常生活に必要な身の回りの介護、機能訓練、療養上のお世話などのサービスをする入居施設です。

【お申し込みの対象者】

介護保険の要介護認定の結果、要介護度3以上と認定された方で、在宅で介護を受ける事が困難な方。ただし、常時医療を必要とする方はご利用いただけません。

【お申し込み書類】

下記書類をご準備の上、特別養護老人ホームつじまちへ直接お申し込みください。

- ① 入居申込書（所定の項目をご記入ください）
- ② 介護保険被保険者証（コピーをご準備ください）
- ③ 介護保険負担割合証（コピーをご準備ください）

【有効期限】

- ・お申し込み頂いた日から2年間に限り有効です。引き続きご利用をご希望される方は、期限が到来する前に再度お申し込みください。
- ・今回の記載内容（要介護度や調査書の内容）に変更が生じた場合は、速やかにご一報願います。再度優先度の判定を行います。
- ・他の施設に入居された場合や亡くなられた場合など、申し込みを取り消される場合は速やかにご一報願います。

【お問合せ】 入居お申し込みに関するお問合せは、

社会福祉法人 麗峰会 特別養護老人ホームつじまち

〒900-0037 那覇市辻 2-27-1

[TEL:098-866-7200](tel:098-866-7200) FAX:098-866-7203

窓口：相談員

2. 特別養護老人ホームつじまち入居申込から入居までの流れ

1. 申込み 入居申込書をご記入の上、介護保険被保険者証の写しを添付して申込みをしてください。
※申込の後、要介護度や他状況が変化した時も変更の申込をお願いいたします。
2. 調査 担当者（介護支援専門員等）により、お電話等で状況調査をさせていただきます。場合によっては、ご家族様に施設へのご来訪を依頼する事もございますので、ご了承下さい。
3. 入居判定 施設内にて入居判定会議を行い、施設が定める入居判定準に基づき入居者の決定を行います。
※入居判定基準について（申込順ではありません）
入居希望者の要介護度、市民歴、在宅での生活状況、介護者の状況、お住まいの状況等を総合的に判断し、緊急性が高いと判断された方を優先します。
4. 入居決定のご連絡 入居判定会議の結果を申込者へご連絡いたします。
申込者は、施設から依頼される入居希望者の状況確認への協力、また、施設にて重要事項の説明を受ける等、ご協力いただかなければならない事項があります。
5. 入居希望者の状況確認 入居希望者の現在の状況確認をさせていただきます。
在宅の場合は、ご自宅へご訪問。また他施設へ入居及び入院されている場合は、他施設へご連絡の上、サマリー等の情報をもとに調査書の内容に相違ないかどうかを確認させていただきます。
※現在の状況と調査書の内容が著しく異なる場合は、入居決定の取消を行う場合があります。
6. 重要事項の説明 申込者へ利用料等や入居に関わる決まり事等の重要事項を説明させていただきます。ご同意をいただければ、重要事項説明書にご署名いただき入居契約へと進みます。
7. 入居契約 入居契約の締結を行います。
8. ご入居 衣類等生活用品をご持参の上、入居してください。

3. 特別養護老人ホームつじまち入居申込書

申込受付日 令和 年 月 日

申込者（ご連絡先及び郵便物送付先） 申込受付 No. _____

| | | | |
|----|-------------|----------|--|
| 住所 | 〒 _____ | | |
| 氏名 | (続柄 _____) | | |
| 電話 | 自宅 _____ | 携帯 _____ | |

特別養護老人ホームつじまちに入居したいので次の通り申込みします。

1. 入居希望者の情報

| | | | | | | |
|---------|---|------|--------|-------|-------------|-------------|
| フリガナ | | | 被保険者番号 | | | |
| 氏名 | | | 保険者 | | | |
| 住所 | 〒 _____ | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 申込現在 | 歳 | 生活保護 | □受給あり □受給無し | |
| | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | 居住歴 _____ 年 |
| 要介護度 | □要介護3 □要介護4 □要介護5 / 有効期限 令和 年 月 日 | | | | | |
| 認知症度 | □ I □ II a □ II b □ III a □ III b □ IV □ M □ 不明 | | | | | |
| 日常生活自立度 | □ J □ A □ B □ C □ 不明 | | | | | |
| 問題行動の有無 | <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | | |
| 疾病等の状況 | 医療機関名 | | | 主治医氏名 | | |
| | 既往歴 | | | | | |
| 医療等の必要性 | 感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医療器具の使用 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | | |
| 現在の居所 | <input type="checkbox"/> 独居で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院等に入居している 施設名 _____ 住所 _____ 入所(入院) 令和 年 月 日 入所(入院) 退所(退院) 令和 年 月 日 退院(退所) 済・予定 | | | | | |

2. 入居希望の状況

| | |
|-----------------|---|
| 入居を希望する理由 | <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 () |
| 短期入居希望 | 短期入居の利用を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 他施設の申込状況 | 他施設への申込を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> する予定 <input type="checkbox"/> する予定無し |
| 在宅サービス利用状況 | <input type="checkbox"/> 訪問介護 週____回以上 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週____回以上 <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリ 週____回以上 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリ 週____回以上 <input type="checkbox"/> 短期入居 直近3カ月の利用回数 ____日 <input type="checkbox"/> 夜間訪問介護 週____回 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 週____回 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用無し |
| ご利用中の居宅介護支援事業所名 | 事業所名： 担当介護支援専門員氏名： |

3. 主たる介護者の情報

| | | | | | |
|-------|---|-------|-------|--------|---|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | 本人との関係 | |
| 氏名 | | 生年月日 | 大・昭・平 | 歳 | |
| | | | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話 | 自宅 | 携帯 | | | |
| 同居区分 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 同居する予定 <input type="checkbox"/> 別居する予定 | | | | |
| お勤め状況 | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 | 週労働時間 | 時間 | | |

4. 同意確認

| | |
|--|---|
| 1. 入居申込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。 2. 入居要件の判定や入所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。 3. 申込から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することができない場合には、本申込を無効とすることについて同意します。 | |
| 入居希望者氏名 | 印 |
| 申込者氏名 | 印 |