

## 入居希望者各位

介護老人福祉施設への入居は、申込順ではなく介護の必要度や家族状況等により入居の必要性が高い方から入居していただきます。

### 【必要度の高い方には、以下の方が該当されます。】

・要介護度の高い方	・認知症による行動障害のある方
・介護者が不在の方	・介護者が高齢な方、介護者が未成年の方
・介護者が障がいをお持ちの方	・介護者が両親等、複数の方を介護されている方
・住宅が老朽化していたり、立ち退きをせまられている方	

※入居申込者は、入居判定会議において評価を行った上、優先順位の決定となります。

提出書類をもとに優先順位を決め、優先度の高い方からご入居していただく関係上、記入漏れがないように書類作成をお願いいたします。

万が一記入漏れがあった場合には、検討に支障が生じ受け付けいたしかねる場合もございますので十分ご注意ください。

申込書類作成について「介護老人福祉施設むさし村山苑入居申込書」、

「入居申込調査票①」については、ご家族が作成してください。

「介護老人福祉施設むさし村山苑入居申込に伴う意見書」は担当ケアマネジャーへ作成を依頼してください。

「入居申込調査票②、③」については、身体状況等を把握されている担当ケアマネジャーと共同で作成してください。

尚、介護施設及び医療機関にご入院されている方は介護士もしくは、看護師の方へ作成を依頼してください。

申込書類一式が出来上がりましたら介護保険被保険者証、介護保険負担限度額認定証、介護保険負担割合証の写しを添付してむさし村山苑まで郵送もしくは、直接持参(要電話連絡)してください。

(お問い合わせ先)

〒208-0011

東京都武蔵村山市学園2-37-5

社会福祉法人 恭篤会

介護老人福祉施設 むさし村山苑

TEL 042-590-0070(代表)

042-590-0220(相談部直通)

FAX 042-561-5881





# 入居申込調査票①

あてはまる項目の□にチェックをして下さい。

※介護老人福祉施設 むさし村山苑には、2種類のお部屋がありますのでどちらかをご選択ください。

□ むさし村山苑(ユニット型個室的多床室)				□ むさし村山苑(ユニット型個室)					
入居者本人	ふりがな		男・女	生年 月日	明治	年	月	日 (満 歳)	
	氏名				大正				昭和
	住所	〒			電話番号				
	現在の 居所	□自宅 □介護老人保健施設 □病院(一般病院/療養型) □その他( )							
		施設/病院名称( )							
		入居/入院日:令和 年 月 日							
	介護 保険	□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5/認定年月日: 年 月 日							
		認定の有効期間: 年 月 日から 年 月 日							
		新規申請中 / 区分変更中 (申請日: 年 月 日)							
		介護保険負担限度額認定証 ( 無 / 有 食費の負担限度額: 円)							
介護保険負担割合証 ( 1割 / 2割 / 3割 )									
健康 保険	国保・社保・共済・後期高齢・その他( )								
	身体障害者手帳( 無 / 有 ) 交付年月日: 年 月 日 ( 級 種)								
	障害名( )								
経済 状況	年金	国民・厚生・共済・老齢・基礎・障害・他( )					月額	万円	
	手当	老人福祉・心身障害者福祉・重度心身障害者・他( )							
	公扶	生活保護・他( )							
	援助	配偶者・息子・娘・兄弟・他( )							
	他収入	無 / 有( )							
身元 引受人	ふりがな		男・女	歳	入居者との続柄				
	氏名								
	住所	〒			連絡先	電話:			
家族	氏名		年 齢	続 柄	住 所		連 絡 先		
							電話:		
							携帯:		
							電話:		
							携帯:		
							電話:		
						携帯:			
申込理由									
施設に対する要望									
本人の身長/体重				cm				kg	

## 入居申込調査票②

本人氏名 \_\_\_\_\_ 様

作成日： 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

作成者： \_\_\_\_\_

日常生活動作(該当する項目の□にチェックをして下さい)		備考欄
移動	屋内	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子
	屋外	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子
	その他	ふらつき(□無 □有) 転倒歴(□無 □有 ⇒頻度 _____ 回) 麻痺(□無 □有 ⇒ □右手□左手□右足□左足) 装具(□無 □有) ベッドは(□右側 □左側)から起き上がる リクライニング(□無 □有) 立ち上がり危険行為(□無 □有) 身体拘束(□無 □有 ⇒ □以前していた □時々 □常時)
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	起き上り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
動作	立ち上り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 誘導(□定時 □訴え時) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意(□無 □有) 便意(□無 □有) 失禁(□無 □有)
	形態	日中(□布パンツ □リハビリパンツ □パッド □オムツ) 夜間(□布パンツ □リハビリパンツ □パッド □オムツ)
	用具	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ対応
排泄	頻度	排尿 (日中: _____ 回/夜間: _____ 回) 排便 (□規則的 _____ 日 _____ 回/□不規則) 下剤使用(□無 □有)
	その他	トイレの場所が(□分かる □分からない □不明) オムツ外し(□無 □有) 不潔行為(□無 □有) バルーンカテーテル(□無 □有) 人工肛門(□無 □有)
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	形態	主食(□米飯 □全粥 □_____分粥 □ミキサー) 副食(□常菜 □一口大 □軟菜 □きざみ □ミキサー) 胃ろう(1回_____ml/_____kcalを1日_____回) むせ込み(□無 □有)/トロミ(□無 □有)
食事	器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> その他
	制限	アレルギーや禁忌(□無 □有→食品名 _____) 食事制限(□無 □有→塩分_____g/糖尿病_____kcal) 水分制限(1日 _____ ml) その他( _____ )
	その他	食べこぼし(□無 □有) エプロン使用(□無 □有) 入れ歯(□無 □有→□部分 □総入れ歯)

### 入居申込調査票③

入浴	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> 清拭			
	その他	拒否( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時)			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
整容	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	その他	<b>※自分で出来るものにチェックしてください。</b> <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 義歯の手入れ <input type="checkbox"/> 髭剃り			
コミュニケーション	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その場合は可能 <input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要 <input type="checkbox"/> 不可			
		ナースコールの理解( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
コミュニケーション	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> その他( )			
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害有→難聴( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方) 補聴器( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
	視力障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害有→( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 全盲) <input type="checkbox"/> 眼鏡( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
<input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障/手術歴( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 点眼( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)					
認知症	周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度)			
		<b>※該当する項目の□にチェックしてください。</b> <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 放尿、排便 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 幻視、幻聴 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> その他( )			
	身体抑制	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> つながぎ服 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他			
	頻繁な訴え	内容:			
		時間帯:			
対応方法:					
睡眠	状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 入眠時見守り対象( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
	眠剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 不眠時 <input type="checkbox"/> 毎晩)			
	その他	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 低床ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> エアマット使用( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
皮膚	状態	スキントラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→( )塗布薬( )		(処置内容)	
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→(部位: )塗布薬( )			
管理	物品( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 金銭( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 服薬( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)				
嗜好品	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 本)			
	飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 )			
面会(ご家族)	<input type="checkbox"/> 頻繁(いつでも可能) <input type="checkbox"/> 時々(週に 回または月に 回)				
	<input type="checkbox"/> ほとんど来られない <input type="checkbox"/> ( )ヶ月に1回くらい				
<b>※これまで通院、入院歴があれば古い順で、下記にご記入下さい。</b>					
既往歴	発症年月日	病名	医療機関名	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月	
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月	
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月	
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月	
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院/期間: ヶ月	
出身地			昔の職業		
趣味			性格		

介護老人福祉施設 むさし村山苑 入居申込辞退書

20 年 月 日

社会福祉法人 恭篤会

介護老人福祉施設 むさし村山苑

入居申込者

住所:

氏名:

私は、先に提出した「介護老人福祉施設むさし村山苑入居申込書」を下記の理由により辞退します。

記

① 申込日 20 年 月 日

② 入居希望者

住所:

氏名:

③ 辞退する理由

※入居申込を辞退する場合は、この用紙にご記入の上、返送をお願いいたします。

〒208-0011

東京都武蔵村山市学園2-37-5

社会福祉法人 恭篤会

介護老人福祉施設 むさし村山苑

TEL 042-590-0070(代表)

042-590-0220(相談部直通)

FAX 042-561-5881