

社会福祉法人松本ハイランド ゆめの里入山辺 入所申込について

1. 入居対象者

松本市にお住まいの要介護認定を受けられた方で、認知症状があり、要支援 2 及び介護度 1～5 の方、又、おおむね身の自立ができて共同生活を送るのに支障のない方が入所できる施設です。

2. 入所申し込み書類として（ア）～（エ）の提出をお願いします

（ア）入所申込書（施設の指定の用紙があります）

（イ）個別状況調査票（施設の指定の用紙があります）

（ウ）居宅サービス利用表及び別表の写し（3 か月分）

（エ）介護保険証の写し

3. 入所申込後のお願い

① 申し込み内容に変更が生じたときは施設に連絡をお願いします。

以下のことで入居優先順位が変更になることがあります。

- ・要介護度の変更
- ・状態の変化等
- ・他の施設に入所した時、またはゆめの里入山辺に入所を希望しなくなった時

4. 申し込み方法

申請書類は施設への郵送または施設で受付いたします。

尚、入所は申し込み順ではありません。

社会福祉法人松本ハイランド

ゆめの里入山辺

〒390-1242 松本市入山辺 1453-2

TEL 0263-32-3370 FAX0263-32-3371

ホームページ <https://www.yumenosato.info>

担当 倉科

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

ゆめの里入山辺（グループホーム） 入 所 申 込 書

ゆめの里入山辺 管理者 様

入所申込者 _____

ゆめの里入山辺（グループホーム）入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ			生年月日	
入所希望者氏名			明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）	
現住所	郵便番号	電話番号		
被保険者番号			保険者名	
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			
	認定期間 年 月 日 ～ 年 月 日			
認知症日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			
該当する在宅での日常生活困難な事由 （要介護1又は2の方は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入してください）	☐ 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。		入居を希望する理由 （該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入してください）	☐ 介護者がいないため ☐ 介護者が高齢、障害、疾病等のため ☐ 介護者が就労しているため ☐ 介護者が育児等しているため ☐ 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため ☐ 介護者の身体的、精神的負担が大きい ☐ 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい ☐ 現在入院（入所）している病院、老健等から退院（退所）を求められており、在宅生活が困難なため （ 年 月 日頃退院（退所）予定） ☐ （その他詳細）
	☐ 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が頻繁に見られる。			
	☐ 家族等による深刻な虐待等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。			
	☐ 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。			
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		入居希望時期	☐ 年 月頃 ☐ 今すぐ
	TEL			
	担当者			
居宅サービス（介護予防を含む。）等の利用状況等	☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハ ☐ 福祉用具貸与 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハ ☐ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 特定施設入居者生活介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 ☐ その他			
	【地域支援事業】 ☐ （訪問介護相当・訪問型サービスA） ☐ （通所介護相当・通所型サービスA）			
	（前月の介護保険利用実績_____単位）（直近3ヶ月の平均_____単位）①			
	（支給限度基準額_____単位）② ①/②*100＝（在宅サービス利用率_____％）			
現況及び医療状況	☐ 自宅 ☐ 施設（病院）へ入所、入院中（名称 _____） 年 月 日～			
	☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストーマ ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン（定期・不定期） ☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ 痰吸引 ☐ その他（ _____）			
	[現在治療中の病名] （ _____） 内服薬 ☐ 有 ☐ 無			

過去の入所・入院状況	種類			年 月 日～ 年 月 日		
	名称			理由		
	種類			年 月 日～ 年 月 日		
	名称			理由		
※ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項	(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、認知症状のため、在宅の生活が困難になったため					
他の施設への申込状況	☐ 申込済の施設名称 () () () () () ☐ 今後申込予定の施設名称 () () () () ()					
	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日生 (歳)		
	主たる介護者の状況	住所	〒		要介護認定の有無	有・無
Tel			要介護状態区分			
同居の区分		☐ 同居 ☐ 別居	入所希望者からみた関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()		
申込者の状況	電話番号 連絡先		入所希望者からみた関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()		
家族関係	『家族等の状況』 ※該当箇所には○を付けてください 1. 一人暮らし 2. 高齢者(65歳以上)のみの世帯 3. その他 4. 家族遠方に別居(具体的に) 5. 家族近隣に別居(同一市町村) 6. 家族と同居(同一敷地内別居含む)					
	家族関係図		氏名	続柄	年齢	備考

個人情報等に関する同意書

- 私は、貴施設に入所申し込みをするにあたり、下記について同意いたします。
1. 入所判定に関わる本人、家族等の個人情報を提供し、会議で使用する事。
 2. 他の施設への入所申し込み状況を把握すること。
 3. 担当するケアマネージャーからの情報提供を受けること。
 4. 申し込み時における本人、家族の状況等が著しく変わった場合は申し出ること。
 5. 他施設への入所、病状悪化等で施設利用の必要がなくなった場合は申し出ること。
 6. 特例入居(介護度1または2)の方について、市町村長に要件を満たすかどうか意見を求めること。
 7. 入居判定基準により、入居を決定すること。

令和 年 月 日
(ご本人…施設入所希望者) 住所

氏名

(代理人…申込者) 住所

氏名

※該当箇所に○をつけてください。記入すべきところをご記入ください。記入者氏名

入所希望者名				疾患・既往歴		
				内服薬【		
目	普通 (眼鏡 : 有 無)	見えにくい	全盲	食事	自分で食べることができる 一部介助があれば、食べることができる 自分で食べることができない 食事中にムセ込みがある	
耳	普通	聞こえにくい	全ろう		食事形態 【常食・刻み食・ミキサー食・水分トロミ】	
会話	日常会話ができる あいさつ程度はできる 会話が全くできない					
着替え	自分でできる 一部介助で声かけがあればできる			移動	自立歩行 伝い歩き 手引き歩行 杖を使用 押し車を使用 歩行器を使用	
整容	洗面	自立 一部介助 全介助				
	歯磨き	自立 一部介助 全介助				
	義歯	有 (自己管理可 自己管理不可) 無				
身体	麻痺などは特になく、ある程度は自由に動かせる					
	動かしにくい、動かない部分がある (右手 左手 右足 左足)					
入浴	見守りがあれば自分で入浴することができる 一部介助が必要 全介助					
排泄	自分でトイレに行く ポータブルトイレを使用する 一部介助が必要 全て介助が必要 布パンツを使用 紙パンツ、リハビリパンツを使用 パット使用 紙おむつを使用 カテーテル ストーマ					
認知症	診断	有	病院名 主治医			
		無	疾患名	アルツハイマー型 レビー小体型 脳血管性 その他 (		
	症状	物忘れ 時間場所がわからない 意欲関心の低下 虚言 不潔行為 徘徊 収集癖 性的異常行動 幻覚 幻聴 攻撃・暴力 奇声 昼夜逆転 その他 ()				
性格	おとなしい 朗らか 親しみやすい 几帳面 無口 凝り性 人に溶け込めない わがまま 頑固 短気 融通がきかない その他 ()					
生活歴	(出身・趣味・生活の様子・職業など)					