

特別養護老人ホーム「マッシーテラス」

入所受付のご案内

- (1) 随時お申込は受付致します。
お申込書類はご連絡のうえ、直接ご持参下さい。
- (2) 書類のご記入もれがないように、ご提出前に再度ご確認ください。
・提出書類（次にあげる9種類をすべてお送りください。）
- ① 優先入所申込書1
 - ② 優先入所申込書2
 - ③ 身体の状況
 - ④ 問題行動チェックリスト
 - ⑤ 介護保険証のコピー
 - ⑥ 介護保険負担割合証のコピー
 - ⑦ 介護保険負担限度額認定証のコピー（お持ちの方のみ）
 - ⑧ 直近3カ月分のサービス利用表のコピー
 - ⑨ 認定調査票のコピー
 - ⑩ 主治医意見書のコピー（取り寄せ無理な場合は結構です。）
- (3) 入所者の決定等の通知
- ・入所検討委員会が終わる次第、随時お知らせ致します。
 - ・待機順位は随時変更がございます。
 - ・お申込み日より全くご連絡なく2年間が経過した場合は、自動的にお申込み取り下げとなります。ご連絡のあった場合は、最後にご連絡いただいた時から、2年間とさせていただきます。

※ご不明な点は下記までお問い合わせ下さい。

〒333-0848 川口市芝下1-1-36

社会福祉法人益慈会

特別養護老人ホーム マッシーテラス

電話：(代) 048-262-0505

FAX： 048-262-0568

受付時間 AM10:00～12:00

PM 1:00～4:00

(土・日祝祭日除く)

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居の区分	1 同居			
	2 別居()					
従たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係		
	同居の区分	1 同居				
		2 別居()				
介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能					
介護期間	年 月					
主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態			
	有 (常勤・パート)	有(人 歳)	良好 不良 ()			
	無	無	主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良 ()			
そ の 他	優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい				
	希望する居室タイプ	1 ユニット型(個室) 2 従来型(多床室) 3 希望はない				
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:				
	待機期間	年 月				
居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)						

○以下のことについて同意します。

- ・この申込書の内容について、担当ケアマネージャーや関係する医療機関に確認すること。
- ・入所申込者がお亡くなりになった場合、その情報を川口市が本申込施設に提供すること。
- ・特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を川口市に報告すること。
- ・今後の川口市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を川口市に報告すること。なお、上記の目的以外で川口市から依頼があった場合は情報提供を行いません。

○施設から、入所待機順位決定方法等の説明を受けました。

署名:

印

身 体 の 状 況

現病名	無 ・ 有 ()		
既往歴			
日常生活動作能力	視力	1、普通 3、人や物の動きがわかる	2、やや悪い 4、全く見えない
	聴力	1、普通 3、耳元で大声なら聞こえる	2、大声なら聞こえる 4、全く聞こえない
	言語	1、普通 3、聞き取れない	2、聞き取りにくい 4、全く話せない
	全般的動作	1、外出できる 3、起きられるがあまり動かない	2、家の中なら歩ける 4、寝たきり・ほとんど寝たきり
	歩行	1、自立 3、要介護 5、全面介助	2、杖・手すり等を使用 4、はう
	食事	1、自立 3、一部介助	2、スプーン等を使用し自立 4、全面介助
		1、常食 2、半かゆ	3、全がゆ 4、副食きざみ
	義歯	1、無 2、有 (ア、全部	イ、一部 ウ、有るが使用せず)
	着脱衣	1、自立 3、ボタンかけなど一部介助が必要 5、全面介助	2、指示すれば可 4、ほとんど着せる
	入浴	1、自立 3、浴槽に入れるが洗うことなどに一部介助を要する	2、ほぼ普通にできるがやや不自由 4、全面介助
排泄	1、自立 3、自立でポータブル便器使用 5、おむつ使用 (常時・昼のみ・夜のみ)	2、便器まで介助 4、便器介助	
精神・認知の状態	記憶見当識の障害	1、名前 (可・不可) 3、今日の日付 (可・不可) 5、家族の名前 (可・不可)	2、生年月日 (可・不可) 4、年齢 (可・不可) 6、現住所 (可・不可)
	その他の症状	1、不安 3、興奮 5、妄想 7、その他 ()	2、あせり 4、幻覚 6、生活意欲の低下・無意
身体障害	無 ・ 有 (障害名_____ ・ 部位_____) _____種_____級 取得年月日____年____月____日		
介護サービスについてのご希望			

問題行動チェックリスト

ア、物を盗られたなど被害的になることが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
イ、作話をし周囲にいいふらすことが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
ウ、実際にはないものが見えたり聞こえたりすることが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
エ、泣いたり笑ったりして感情が不安定になることが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
オ、夜間不眠あるいは昼夜逆転が	1)ない	2)ときどきある	3)ある
カ、暴言や暴力が	1)ない	2)ときどきある	3)ある
キ、しつこく同じ話をしたり不快な音をたてることが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
ク、大声を出すことが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
ケ、助言や介護に抵抗することが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
コ、目的もなく動き回ることが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
サ、「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
シ、外出すると病院、施設家などに1人で戻れなくなるが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
ス、1人で外に出たり目が離せないことが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
セ、いろいろな物を集めたり無断でもってくるが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
ソ、火の始末や火元の管理ができないことが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
タ、物や衣類を壊したり破いたりすることが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
チ、不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
ツ、食べられないものを口にに入れることが	1)ない	2)ときどきある	3)ある
テ、ひどい物忘れが	1)ない	2)ときどきある	3)ある

※ 「ときどきある」は、月に1回以上 「ある」は週に1回以上を基準とする。

※ 火の始末など行えない状況にある(入院や入所中)場合は「ない」とする。