特別養護老人ホーム南寿園入所申し込み要綱

令和 7年 4月 1日

「特別養護老人ホーム南寿園」へ入所をご希望される方は、下記のとおり入所申し込み手続きをお願い致します。

1. 入所申込書の記載

様式1　特別養護老人ホーム南寿園入所申込書
（ご家族など申込者が記載して下さい）

様式2　入所申込調査票
（ご家族など申込者が入所希望される方の状態について記載して下さい。ｼｮｰﾄｽﾃｲや入院先の職員等に依頼することも可能です。）

様式3　介護支援専門員意見書
※入所を希望される方の担当介護支援専門員＜ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ＞又は病院等の相談員に記載の依頼をお願い致します。

2. 入所申込書の提出

上記様式1～3について内容に間違いがないかご確認の上、南寿園窓口へ提出するか郵送にて提出して下さい。記載内容に不備がある場合はご連絡致します。

3. 入所申込書提出後の更新について（重要）

入所申込書に記載された「認定有効期間」が満了し、3ヶ月を経過しても介護認定有効期間更新の連絡（変更の有無にかかわらず）を戴けない場合は、入所申込を辞退したものとします。従って、引き続き入所申込みを継続される場合は、介護認定の更新後、速やかに申込者様又は担当の介護支援専門員（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）から当施設相談員までご連絡下さいますようお願い致します。
尚、入所申込書の記載内容の変更は、原則として申込者様か、担当介護支援専門員（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）からの変更申込みがあった場合のみ変更（更新）が可能です。

記載方法等について、ご不明な点やご質問は下記までご連絡下さい。

＜連絡先＞
秋田市上北手猿田字後谷地 108-3
特別養護老人ホーム南寿園
電　話 018-829-0700
相 談 員　加藤・吉田

様式　1

特別養護老人ホーム南寿園入所申込書

令和　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム南寿園
施設長　　安藤　一光　様

申込者氏名　　続柄（　　）

住　　所

電話番号

入所対象者	被保険者番号		※介護保険証でご確認下さい
	フリガナ 氏名		※必ずフリガナもご記入下さい
	生年月日	1. 大正　2. 昭和　　年　　月　　日	年齢　　歳　性別　1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護度　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 （要介護認定申請中：申請年月日　　年　　月　　日）	
	認定有効期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	※介護保険被保険者証写しの添付をお願いします。
	住所	〒	
	電話番号		ＦＡＸ番号

家族等の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居先の電話等
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	

1.　私は、上記入所申込者情報について、南寿園が市町村介護保険事業計画策定等のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。
2.　上記申込者の近況変化については、原則として申込者からの申告があった場合のみ情報を更新することに私は同意します。

対象者氏名　　印

申込者氏名　　印

（施設記入欄）【受付No.　　】

受付年月日	令和　　年　　月　　日	受付者氏名	相談員
特記事項			

様式　2

入　所　申　込　調　査　票

受付番号【　　】対象者氏名【　　】

調査年月日	令和　　年　　月　　日	調査者氏名		
現　　状	□自宅　□病院　□特養　□老健　□療養型　□その他（　　）			
利用施設名	（　　）　※自宅等の場合は無記入			
介護保険サービス確認欄	利用している介護保険サービス □訪問介護　□訪問入浴　□通所介護　□短期入所　□通所リハビリ □その他（　　）			
	調査時点での在宅サービスの利用単位数　（　　単位） 他施設申込状況（　　）			
健康保険	種別		年　　金	種別
障害手帳等	□無　□有（手帳の種類　　／判定　種　級） （障害名　　）			
食　　事	□自立　□一部介助　□全介助　□義歯（　　）			
	内容 主食	□普通　□お粥　□ミキサー　□食事制限（　　）		
	内容 副食	□普通　□細食　□ミキサー（　　） □箸　□スプーン　□フォーク		
入　　浴	□自立　□一部介助　□全介助　（特浴・中間浴・一般浴・夜間浴）			
着脱衣	□自立　□一部介助　□全介助			
排　　泄	□自立　□一部介助　□全介助 排泄状況　□便器　□尿器　□ポータブル　□オムツ等 下剤服用（有・無）　排便　　日　　回　　失禁（有・無）			
移　　動	□自立　□一部介助　□全介助 歩行状況　□自力歩行　□杖歩行　□立位不可 移動器具の使用　□歩行器　□ｼﾙﾊﾞｰｶｰ　□車椅子　□ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ車椅子 （状況：　　）			
視　　力	□普通　□弱視　□全盲　（老眼鏡使用　有・無） （状況：　　）			
聴　　力	□普通　□大声が聞こえる　□難聴 （状況：　　）			
言語・会話	□普通　□不明瞭　□失語症　□会話不能			
認知症周辺症状	□無　□有（軽度・中度・重度） 問題行動　□失見当識　□記憶障害　□その他 （状況：　　）			
薬の服用	□無　□有（薬品名：　　）			
既往歴	昭・平・令　　年　　月頃（　　）			
	昭・平・令　　年　　月頃（　　）			
	昭・平・令　　年　　月頃（　　）			

【特記事項】　※夜間等の睡眠状況等記載をお願いします。

介護支援専門員意見書

受付番号 【　　】 対象者氏名 【　　】

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし	

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
※右の内容が含まれる場合は○をつける	施設利用者	特別理由		

3. 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独　居	高齢者世帯	その他	
②介護者の性別・年齢・続柄	男 女	歳	続柄	
③介護者の介護負担	重　い	やや重い	軽　い	負担なし
④介護者が障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
⑤介護者の就労	8時間以上就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑥他の要介護者	無 有	（要支援　要介護 ▼ ）		
⑦介護者が育児、家族が病気	常時育児・看病	半日育児・看病	随時育児・看病	
⑧介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普　通
⑨他の同居介護補助者	ほとんど無	随時有	常時有	（続柄　）
⑩別居血縁者介護協力	ほとんど無	随時有	常時有	（続柄　）
⑪近隣者等の介護協力	ほとんど無	随時有	常時有	

4. 特記事項及び意見

①医療的処置（膀胱カテーテル・経管栄養・酸素療法等）

②住居環境

③入所待機期間　　理由

④長期入院等に退院後の再入所

点数 □ 10点満点

5. 備考記入欄

※ ご家族様の関わりの状況等記載をお願いします。

意見書作成年月日
年　月　日

意見書作成者所属

TEL

意見書作成者
印