

特別養護老人ホーム ビアンカ 入所申込書

受付日 令和 年 月 日

受付担当職員 _____

入居希望者状況

| | | | |
|---------|--|-----------|----|
| フリガナ | | 大・昭 年 月 日 | 男女 |
| 氏名 | | (歳) | |
| 住所 | 〒 _____ 市 _____ Tel _____ | | |
| 今現在 | <input type="checkbox"/> 自宅 (独居 ・ 同居) <input type="checkbox"/> 病院 (病院名 _____) <input type="checkbox"/> 入院日 _____ 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 退院予定 _____ 年 月 診断名 (_____) <input type="checkbox"/> 老人保健施設 (施設名 _____) <input type="checkbox"/> 入所日 _____ 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 退所予定 _____ 年 月 入所に至った理由 (_____) <input type="checkbox"/> グループホーム・有料・その他 (施設名 _____) | | |
| 入居希望の理由 | <input type="checkbox"/> 介護する者がいない (遠方を含む) 為 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「失病」等により十分な介護が困難な為 <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為 <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為 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為 <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為 | | |
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は申し込む予定 ・既に申し込んでいる他施設名 (_____) ・今後申し込む予定の他施設名 (_____) | | |
| ケアマネ | (事業所名) | 担当者名 | |

ご連絡先 (①申込者 ・ ②主介護者) 繋がりがやすい連絡先に☑をして下さい。

| | | | |
|------|--------------------------|------|--------------------------|
| ①住所 | 〒 _____ | ②住所 | 〒 _____ |
| フリガナ | | フリガナ | |
| 氏名 | | 氏名 | |
| 自宅電話 | <input type="checkbox"/> | 自宅電話 | <input type="checkbox"/> |
| 携帯電話 | <input type="checkbox"/> | 携帯電話 | <input type="checkbox"/> |
| 続柄 | | 続柄 | |
| 勤め先 | | 勤め先 | |

介護保険・年金状況

| | |
|------------------------------|---|
| 該当する介護度に○をつけて下さい。 | |
| 介護度 1 | ・ 介護度 2 ・ 介護度 3 ・ 介護度 4 ・ 介護度 5 ・ 区分変更中 |
| 被保険者番号 | |
| 該当する収入の状況に○をつけ、総額を記入して下さい。 | |
| 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 恩給 ・ その他年金 () | |
| 一年間の年間総額を記入してください () 万円位 | |
| 負担限度額申請の 有 無についてご記入下さい。 | |
| 有 (段階) 無 | |

身体・健康状態

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| 身体 状 況 | 歩行状態について○をつけて下さい。 | | |
| | 独歩 ・ 杖歩行 ・ 手引き ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車いす (普・リクラ) 転倒 (有 ・ 無) | | |
| | 食事状態について○をつけて下さい。 | | |
| | 自己摂取 ・ 見守り ・ 一部介助 「介助器具の有 無」 ・ 全介助 | | |
| | 食事の形態について○をつけて下さい。 | | |
| | ☆主食 (普通 ・ 軟飯 ・ おかゆ) ☆副食 (普通 ・ 刻み ・ 細刻み) ☆ミキサー食 ☆胃ろう (品名) ☆栄養補助剤 (品名) | | |
| | 嚥下状態について○をつけて下さい。 むせ有 ・ むせ無 とろみ (使用 不使用) | | |
| | 歯の状況についてご記入下さい。 | | |
| | 義歯 上 : (有・無) 「部分・総義歯」 下 : (有・無) 「部分・総義歯」 残歯 上 : (有・無) (本) 下 : (有・無) (本) | | |
| | 排泄の状況について○を付けて下さい。 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | | |
| | 昼間 布パンツ リハビリパンツ オムツ 夜間 布パンツ リハビリパンツ (ポータブルの有 無) オムツ | | |
| | 尿・便意 ☆尿意 (有・無) 「失禁 (有・無)」 ☆便意 (有・無) 「失禁 (有・無)」 | | |
| | 昼間のご様子 椅子で過ごす (静か・多動) 車椅子で過ごす 全日ベッド | | |
| | 夜間のご様子 良眠 トイレに起きる程度 多動 昼夜逆転 | | |
| | 視力に関して○を付けて下さい。 問題なし・薄ら・影のみ・見えない | 聴力に関して○を付けて下さい。 問題なし・大きな声なら・まったく聞こえない | |
| | 意思疎通について○を付けて下さい。 問題なし ・ 時々不可 ・ 不可 | 言語に関して○を付けて下さい。 普通 ・ やや不明瞭 ・ 不明瞭 | |
| | 麻痺の有無について○を付けて下さい。 有 ・ 無 有 半身 (右 ・ 左) 上肢 (右 ・ 左) 下肢 (右 ・ 左) | | |
| | 健康 状 態 | 既往歴 (過去に罹患した病気や怪我) についてご記入下さい。 | |
| | | 現在の治療中・通院中の病についてご記入下さい。 | |

申込みの待機状況は市町村に報告いたしますので、ご了承ください。

特別養護老人ホームビアンカ 申し込みにあたって

特別養護老人ホームとは

おおむね 65 歳以上で、身体上または精神上の障害があるために介護が必要で、自宅での生活が困難な方に入居して頂く施設です。

ビアンカとは

心美しく、美德を重んじ、安心と安らぎを感じることの出来る居心地の良い楽しい家です。

当法人は特別養護老人ホーム以外にも

ショートステイ・デイサービスセンター・ケアハウス・居宅介護支援事業所・ヘルパーステーションを運営しています。

施設側よりお願い

- ① 申し込みをされたご本人の体調によって入居の順番が多少前後することがあります。ご了承下さい。
- ② 他の施設に入居が決まった場合・ご本人が他界した場合・介護度が変更になった場合はご連絡下さい。
- ③ お問い合わせは、下記の連絡先へお願いします。

電話 0572-25-0780

FAX 0572-25-3581

担当 塚本直也・河原崎克久・酒井貴将

特別養護老人ホーム ビアンカ 申し込みの手順

ご入居までの手順

入居申し込み

- 直接施設へご家族に来設頂き、所定の申込書にご記入頂きます。社会福祉法人美徳会のホームページより申込書を印刷して頂ければ、郵送・FAXでの申込も可能です。



説明

- ご入居までの手順をQ&Aに基づいて説明します。



面接

- ご本人が当施設で生活が可能かどうかを確認させていただきます。ご本人が生活していらっしゃる所まで施設職員が出向きます。但し、遠方の場合は、当施設へ来て頂く事もあります。可能であれば、ご家族の立ち会いもお願いします。



入居検討会議での検討

- ご本人の状態・収入状況、ご家族の状況等を総合的に判断し、緊急性の高い方から順番にご案内させていただきます。結果は、生活相談員からご家族へご報告いたします。



仮契約

- ご家族に当施設へ来て頂きます。施設見学・特別養護老人ホームビアンカの契約内容についてお話をさせていただきます。その後、ご家族に健康診断書の作成を依頼します。



入居

- 空きベッドが出た時点で入居となります。その時に持参頂きたい物は以下のとおりです。
①重要事項説明書・同意書・誓約書 ②健康診断書・診療情報提供書 ③被保険証・認定証の現本 ④戸籍謄本 ⑤衣類

特別養護老人ホーム ビアンカ Q&A

Q：施設で対応ができない場合とはどのような方ですか？

A：当施設は病院でないため、看護職員は24時間勤務していません。よって医療的な処置が常時必要な方の入居はご遠慮頂いています。例えば、経鼻栄養・IVH・インスリン投与、人工透析・在宅酸素が必要な方です。また1フロアに35名の方がいらっしゃいますので、他者とのトラブルがある方・可能性の高い方の入居もご遠慮頂いています。例えば、暴力行為のある方・大声を出す方の受け入れは困難です。

Q：胃ろう造設者の受け入れは可能ですか？

A：新規の胃ろう造設者の受け入れは、行っておりますが他の方と比較しても処置等に要する時間が多いため応相談とさせていただきます。施設入居中に胃ろう造設された方の受け入れは、状態が安定していることを条件に積極的に行っています。

Q：終身で対応をお願いできますか？

A：施設で看取りを希望されるケースが多いですが、対応できないこともあります。仮に施設での看取りを希望される場合は、食事が摂れなくなった時点でご家族の付き添いをお願いします。その方の状態によって、主治医・ご家族・施設側の3者で話し合いを行いながら進めていきます。

Q：今日申し込みするとどれくらいで入居できますか？

A：他の施設にも申込されている方多く、時期によってもまちまちです。「何人待ちか。」などのご質問もお答えしかねます。

Q：料金はどれくらい必要ですか

A：料金表を使用し、ご説明します。

Q：リハビリを希望しますが、どの程度可能ですか？

A：当施設には機能訓練指導員が配置されていますが、リハビリ病院・介護老人保健施設のような主治医の指示で行う専門的なリハビリは実施できません。起立訓練・関節の曲げ伸ばし訓練等が中心です。

Q：要介護1、要介護2の方でも入居はできますか。

A：介護保険法の改正に伴い、特別養護老人ホームは要介護3以上の方が入居の条件となりましたので、要介護1、要介護2の方は入居できません。

Q：ビアンカ入居中に要介護1、要介護2となった場合は、退所しなければなりませんか。

A：介護保険法の改正に伴い、当施設入居中に要介護1、要介護2になられた場合は、**退居**となります。但し、平成27年4月1日以降に入居された方はその対象となります。