

お申込者様

社会福祉法人 友和会
コスタ リゾン千壽苑

入居申込について

この度は、当施設への入居についてご検討いただき、誠にありがとうございます。

お手数ですが必要事項をご記入いただき、介護保険被保険者証のコピーを添えて当施設までご提出をお願いいたします。

なお、お申込み後に状況が変わったことでキャンセルを希望される場合、お手数ですが当施設までご連絡をお願いいたします。申込者名簿より削除させていただきます。

また、ご不明な点がございましたら、当施設までご連絡をお願いいたします。

記

《添付書類》

1. コスタ リゾン千壽苑 入居申込みのご案内
2. 様式Ⅰ 特別養護老人ホーム等入所申込書
3. 介護老人福祉施設コスタ リゾン千壽苑 入居申込書別紙

以上

【お問い合わせ先】

コスタ リゾン千壽苑

(住所) 千葉県千葉市美浜区真砂 2-3-3

(電話) 043-270-5000

コスタ リゾン千壽苑 入居申込みのご案内

～お申込みからご入居までの流れ～

1. ホームページより入居申込みのデータをダウンロードしてください

<https://yuuwakai.jp/flow/>

2. 入居申込み書類へ記入し、必要書類を添えてご提出をお願いいたします

- ① 特別養護老人ホーム等入所申込書
- ② 介護老人福祉施設コスタ リゾン千壽苑 入居申込書別紙
- ③ 介護保険被保険者証（写し）

3. 施設にて入居申込者名簿に登録いたします

4. 面接をさせていただきます

施設に空きが出来次第、順次ご連絡いたします。

5. 入居検討会で協議します

施設で会議を行います。

6. ご入居が決定します

ご入居が決定したことおよび今後の手続きについてご連絡いたします。

※ 入居申込みの期限について

申込日（未記入の場合は施設が書類を受け取った日）から 2 年間が入居をお待ちいただける期間となりますのでご注意ください。

有効期限以降も継続して入居をご希望される場合は、大変お手数ですが期限内に施設までご連絡いただくか、状況が変わっている場合は改めて申込書のご提出をお願いいたします。

有効期限の 2 年を超えご連絡が無い場合は、お申し込みを自動的に取り下げさせていただきますので、ご了承ください。

特別養護老人ホーム等入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

(住所) 〒 -
(氏名)
(電話)

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)		介護老人福祉施設コスタリゾン千壽苑		保 険 者			
入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性別	被保険者番号			
	氏 名		男・女	要 介 護 度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要 介 護 認 定 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
	現 住 所	〒 -					
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている ⇒「特養などの施設や病院等に入っている」にチェックした方は下記を記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) ◇入所又は入院時期: 年 月から入所・入院している					
	い(入所)を希望する理由を述べさせていただきます	<p>※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。)</p> <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <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ため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きき十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <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ため。 <input type="checkbox"/> その他() <p>※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。</p> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待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。 <input type="checkbox"/> 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。					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい					
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】					
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()					
	主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係		
氏 名			男・女	生年月日		明・大・昭・平 年 月 日	
同居の区分		<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)					
意見	【介護をしているうえで困っていること等】						

介護老人福祉施設コスタ リゾン千壽苑 入居申込書別紙

入居申込手続きにあたり、恐れ入りますが下記の該当する項目の□に✓をつけていただきますようお願いいたします。

ご不明な場合は未記入でも問題ありませんが、後日電話等で内容を確認させていただく場合がありますので、ご協力のほどよろしくをお願いいたします。

1. 主たる介護者・家族等の状況

主たる介護者の年齢、続柄	(年齢) _____ 歳 (続柄) _____
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし
介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護 <input type="checkbox"/> 介護可能)
介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 8 時間以上/日 <input type="checkbox"/> 4~8 時間/日 <input type="checkbox"/> 4 時間未満) <input type="checkbox"/> 高齢で就労不能
入居希望者以外の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5))
介護者の育児、家族の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 常時の育児看病 <input type="checkbox"/> 半日育児看病 <input type="checkbox"/> 臨時育児看病)
介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 積極的
同居者による介護協力 (主たる介護者以外)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 週 1~3 日程度※ <input type="checkbox"/> 週 4 日以上※)
別居血縁者による介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 週 1~3 日程度※ <input type="checkbox"/> 週 4 日以上※)
近隣者等による介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり)

※1 日あたりの目安は、「2 時間程度以上」または「頻回以上」

2. 入居希望者の身体の様子

食事	<input type="checkbox"/> 自分で箸やスプーンを持ち、適切な時間で食べ終えることができる
	<input type="checkbox"/> 食べ物を切る、お皿を置き直す等の介助が必要である
	<input type="checkbox"/> 食べ物を口に運ぶ、飲みこむまで見守る等、食事について全面的に介助が必要である
移乗	自分でベッドに移り、横になることができる。また、ベッドから起き上がることができる。車椅子の場合はブレーキやフットレストの操作も自分で行える
	<input type="checkbox"/> 動作の一部分で介助や見守りが必要である
	<input type="checkbox"/> ベッドや椅子に座ることはできるが、乗り移る際に介助が必要である
	<input type="checkbox"/> 立ち上がって乗り移り、座る一連の動作について全面的に介助が必要である
整容	<input type="checkbox"/> 洗面、歯磨き、整髪、髭剃り等、ほとんど手伝わることなく自分で行える
	<input type="checkbox"/> 洗面、歯磨き、整髪、髭剃り等、整容について全面的に介助が必要である
トイレ動作	トイレでの動作、後始末まで自分で行える。ポータブルトイレを使用している場合は、その洗浄まで自分で行える
	<input type="checkbox"/> 体を支える、衣服の上げ下ろし、トイレットペーパーを用いること等、動作の一部分で介助や見守りが必要である
	<input type="checkbox"/> トイレでの動作について全面的に介助が必要である
入浴	<input type="checkbox"/> ひとりで浴槽に浸かっていることができる、またシャワーもひとりで使うことができる
	<input type="checkbox"/> 入浴について全面的に介助が必要である

歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子や歩行器を使用せず、平らな場所を 45 メートル以上ひとりで歩くことができる
	<input type="checkbox"/> 見守り付き添いといった軽い介助のもとで、平らな場所を 45 メートル以上歩くことができる
	<input type="checkbox"/> 歩くことは難しいが、車椅子を自分で操作して、平らな場所を 45 メートル程度移動できる
	<input type="checkbox"/> 全面的に体を支えられて歩行する、あるいは介護者が車椅子を操作する
階段昇降	<input type="checkbox"/> ひとりで階段の昇り降りができる。(手すりまた杖の使用は問いません)
	<input type="checkbox"/> 見守り付き添いといった軽い介助のもとで、階段の昇り降りができる
	<input type="checkbox"/> 階段昇降について全面的に介助が必要である
着替え	<input type="checkbox"/> ひとりで着替えることができる。靴やファスナー、装具の着脱もひとりでできる
	<input type="checkbox"/> 部分的に手伝いが必要だが、少なくとも半分以上の着替えはひとりでできる。適切な時間内に行なっている。
	<input type="checkbox"/> 着替えについて全面的に介助が必要である
排便	<input type="checkbox"/> 失敗することなく排便ができ、浣腸や座薬の取り扱いも自分でできる
	<input type="checkbox"/> 時々失敗することがある。浣腸や座薬の取り扱いに介助が必要である
	<input type="checkbox"/> 排便について全面的に介助が必要である
排尿	<input type="checkbox"/> 失敗することなく排尿ができる
	<input type="checkbox"/> 時々失敗することがある。尿瓶や収尿器等の取り扱いにも介助が必要である
	<input type="checkbox"/> 排尿について全面的に介助が必要である

3. 入居希望者の心の様子

日常生活での状況	<input type="checkbox"/> 精神的に落ち着いていて、日常生活は問題なく送れている
	<input type="checkbox"/> 何らかの物忘れや思い込みが時々あるが、介護者の支援のもとで日常生活が送れている
	<input type="checkbox"/> 日常生活において、道に迷う、買い物やお金の管理で間違えてしまう、電話の応答や留守番が難しくなった
	<input type="checkbox"/> 日常生活において、着替えや食事、トイレ等の行為が上手にできず時間が掛かり、介護者が助けている
	<input type="checkbox"/> 日常生活において、着替えや食事、トイレ等の行為が困難で、介護者が常に手伝っている
	<input type="checkbox"/> 大きな声を出す、興奮して暴れる、自身や介護者を傷つけるような言動等があり、家族が家庭で介護することが非常に困難である
日々の日課	<input type="checkbox"/> 何時に起きる、食事をする、今日は病院に行く等の日課や用事を覚えている
	<input type="checkbox"/> 毎日繰り返していることは覚えているが、新しいことは覚えられない
	<input type="checkbox"/> 毎日繰り返していることでも覚えられず、介助が必要である
	<input type="checkbox"/> ほとんど自分で行動できない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自分の考えを用意に伝えられる
	<input type="checkbox"/> 自分の考えを伝えることに多少の時間を要する
	<input type="checkbox"/> 基本的な要求（食事や排泄等）が伝えられる
	<input type="checkbox"/> ほとんど伝えられない

以下、「有」の場合に具体的に困っていることや印象的な出来事がありましたら、欄の空いている箇所にご記入ください

直前のことも忘れてしまう	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
実際にはないものが見える・聞こえる	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
物を盗まれたと思い込む	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

昼間に寝ていて、夜になると寝ないで動き回る	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
今までなかったようなひどい暴言を吐く	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
家族や介護者に対する暴力行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
介助に対する拒否	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
目的もなく動き回る、一人で外に出たがる、外出して戻れなくなる	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
火の不始末	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
便を触る、隠す	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食べられないものを口に入れる	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
周囲の人が迷惑するような卑猥な言動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
他に、右の項目で当てはまるものがあれば□に✓してください。	<input type="checkbox"/> 以前と比べて、活発さに欠け、気分的に落ち込んだ状態がある
	<input type="checkbox"/> 暴れる、大声で騒ぐ、突然動き出すことがある
	<input type="checkbox"/> 一日中うとうとと寝ていて、起こしてもすぐに寝てしまう
	<input type="checkbox"/> 自分のいるところが分からなくなる、時間の感覚が不正確になる
	<input type="checkbox"/> 声が出ない、会話がスムーズに行えない
	<input type="checkbox"/> 意識ははっきりしているのに、トイレの場所等がわからなくなる
<input type="checkbox"/> 意識ははっきりしていて手足の麻痺もないのに、衣服がうまく着られない、箸やスプーンがうまく使えない	

ご協力ありがとうございました。