

令和7年1月吉日

入居申込希望者各位

社会福祉法人徳和会
特別養護老人ホームウイステリア福岡
開設準備室 小山田望
<公印省略>

「特別養護老人ホームウイステリア福岡」入居申込みのご案内

拝啓 厳寒の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。この度は当施設へご入居の申込希望をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、かねてより開設準備をいたしておりました「特別養護老人ホームウイステリア福岡」を令和7年4月にオープン予定にしております。「特別養護老人ホームウイステリア福岡」の入居受付を下記のとおり開始させていただきますので、ご高配の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

- 1) お申込み受付開始：令和7年1月15日(水)～
- 2) お問い合わせ・受付場所
〒811-1343 福岡県福岡市南区和田4丁目16番1号
特別養護老人ホーム花の季苑内「特別養護老人ホームウイステリア福岡」開設準備室
- 3) 受付時間
平日月曜日～金曜日
午前9:00～午後5:00（郵送は随時受付可能）
- 4) お申込み方法
ご持参または郵送（令和7年3月15日までの申込みの方が1回目の入居判定会議の対象者となります。）
- 5) ご提出をお願いする書類
①入所申込書（裏面に同意欄がありますのでご記入をお願いします。）
②調査票（わかる範囲の記載で結構です。）
③調査票別表（記載例を添付しております。）
④介護保険被保険者証/介護保険負担割合証の写し
※詳細は資料1をご確認ください。

以上

<p>【お問い合わせ・ご相談窓口】 特別養護老人ホームウイステリア福岡開設準備室 （花の季苑内）担当者：小山田望 TEL：092-512-0668 携帯：080-1769-7189 E-Mail：oyamada@tokuwa.net</p>
--

【特別養護老人ホームウイステリア福岡 入居申込ご案内】

1) 入居申し込みにあたり

*ご入居いただける方は、要介護認定が原則『要介護3』以上の方が対象となります。

【特例入所の要件】

*『要介護1・2』の方で、介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難と認められる場合（特例入所の要件に該当する場合）は、行政の関与の下、特例的に施設への入居が認められる場合があります。特例入所の要件に該当するか、担当ケアマネジャーへ照会を依頼したり、行政（福岡市）に確認・照会・申出を致します。なお、要介護認定が『非該当・要支援』の方は入居できません。

2) 申し込みからご入居までの流れ

*入居申し込みを希望される方は、『入所申込書/状況調査票』に必要事項を記入し、介護保険証と負担割合証の写しを同封のうえ開設準備室へご提出下さい。郵送でも受け付け致します。



*申し込み受け付け後、担当者よりご連絡を致します。その際に詳しい聴き取りをさせていただくか又はスタッフがご自宅・入居施設等へ訪問し直接面談させていただく場合もあります。



*当法人の入居指針に基づいて待機者名簿へ登録します。要介護認定等の状況に変更があった場合は、その都度情報や順位を更新しますのでご一報ください。



*施設にて入居の可否を検討し、入居可能となった方のみ結果をご連絡致します。入居可能となった場合は、事前面談等により準備物のご案内や入居日の調整を行います。



*契約内容を説明し、契約を締結します。令和7年4月以降、施設へご入居いただき、サービス提供を開始します。

3) 特別養護老人ホームウイステリア福岡の特徴

*当施設は入居定員100名（内10名は短期入所生活介護）のユニット型施設です。2階・3階・4階・5階の8ユニットで構成され、それぞれ15人及び10人の生活単位をつくり暮らします。全室個室で、個々の生活を重視しプライバシーを大切にしていきます。

*地域とのふれあい、ボランティアとの交流を積極的に行っていきます。地域コミュニティとして館内の地域交流での様々な催し物を計画しています。

*入居者及びご家族の意向を最大限に尊重し、最期の在り方について、安らかに住み慣れた場所で迎えらるよう、ご家族とともに『看取り介護』に積極的に取り組んでいきます。

*ご見学は令和7年4月開設後から可能になります。（感染症の流行状況で変更する場合があります。）

*資料2は系列ユニット型施設の竣工時の写真です。（イメージとしてご参照ください。）

*資料3は特別養護老人ホーム系列施設の料金表を参考に作成しております。

（実際の料金とは異なりますので、ご注意ください。）

入居申込で知り得た情報は、個人情報保護に関する指針を定め、個人情報の守秘義務を徹底します。

※ウイステリア福岡 ユニット/居室イメージ

(系列施設(ユニット型)の竣工時の画像)

共同生活室(15名)×4ユニット (10名)×4ユニット



■居室内(特殊寝台/収納棚/エアコン/洗面台/トイレ完備)



■浴室(2ユニットに1か所)



【特別養護老人ホームウイステリア福岡】

居室数:100室 居室の面積:約12㎡(全室トイレ有り)共同生活室:(10名~15名)2F・3F・4F・5F

入浴設備:特殊浴設備2か所 寝台浴設備4か所

併設サービス ショートステイ(5F)/10名定員を予定。

特別養護老人ホームウイステリア福岡 利用料金 (案)

令和7年4月～
(単位：円)

(第4段階) [対象者：負担限度額認定証をお持ちではない方]

要介護度	介護保険 1割負担	サービス提供体制強化加算Ⅱ 看護体制Ⅰ・Ⅱ 個別機能訓練Ⅰ	小計	居住費	食費	1日料金	月料金 (30日)
要介護1	799	118	917	2,066	1,500	4,483	134,490
要介護2	882	118	1,000	2,066	1,500	4,566	136,980
要介護3	971	118	1,089	2,066	1,500	4,655	139,650
要介護4	1,056	118	1,174	2,066	1,500	4,740	142,200
要介護5	1,138	118	1,256	2,066	1,500	4,822	144,660

(第3段階②) [対象者：市民税世帯非課税(別世帯の配偶者を含む)で【課税年金収入額+非課税年金収入額+合計所得金額】が年間120万超の人]

・境界層該当者・預貯金等の資産が単身で500万円以下、夫婦で1500万円以下

要介護度	介護保険 1割負担	サービス提供体制強化加算Ⅱ 看護体制Ⅰ・Ⅱ 個別機能訓練Ⅰ	小計	居住費	食費	1日料金	月料金 (30日)
要介護1	799	118	917	1,370	1,360	3,647	109,410
要介護2	882	118	1,000	1,370	1,360	3,730	111,900
要介護3	971	118	1,089	1,370	1,360	3,819	114,570
要介護4	1,056	118	1,174	1,370	1,360	3,904	117,120
要介護5	1,138	118	1,256	1,370	1,360	3,986	119,580

(第3段階①) [対象者：市民税世帯非課税(別世帯の配偶者を含む)で【課税年金収入額+非課税年金収入額+合計所得金額】が80万円超～120万円以下の人]

・境界層該当者・預貯金等の資産が単身で550万以下、夫婦で1550万円以下

要介護度	介護保険 1割負担	サービス提供体制強化加算Ⅱ 看護体制Ⅰ・Ⅱ 個別機能訓練Ⅰ	小計	居住費	食費	1日料金	月料金 (30日)
要介護1	799	118	917	1,370	650	2,937	88,110
要介護2	882	118	1,000	1,370	650	3,020	90,600
要介護3	971	118	1,089	1,370	650	3,109	93,270
要介護4	1,056	118	1,174	1,370	650	3,194	95,820
要介護5	1,138	118	1,256	1,370	650	3,276	98,280

(第2段階) [対象者：市民税世帯非課税(別世帯の配偶者を含む)で【課税年金収入額+非課税年金収入額+合計所得金額】が年間80万円以下の人]

・境界層該当者・預貯金等の資産が単身で650万以下、夫婦で1650万円以下

要介護度	介護保険 1割負担	サービス提供体制強化加算Ⅱ 看護体制Ⅰ・Ⅱ 個別機能訓練Ⅰ	小計	居住費	食費	1日料金	月料金 (30日)
要介護1	799	118	917	880	390	2,187	65,610
要介護2	882	118	1,000	880	390	2,270	68,100
要介護3	971	118	1,089	880	390	2,359	70,770
要介護4	1,056	118	1,174	880	390	2,444	73,320
要介護5	1,138	118	1,256	880	390	2,526	75,780

(第1段階) [対象者：市民税世帯非課税(別世帯の配偶者を含む)で高齢年金受給者・生活保護受給者・境界層該当者]

(単位：円)

要介護度	介護保険 1割負担	サービス提供体制強化加算Ⅱ 看護体制Ⅰ・Ⅱ 個別機能訓練Ⅰ	小計	居住費	食費	1日料金	月料金 (30日)
要介護1	799	118	917	880	300	2,097	62,910
要介護2	882	118	1,000	880	300	2,180	65,400
要介護3	971	118	1,089	880	300	2,269	68,070
要介護4	1,056	118	1,174	880	300	2,354	70,620
要介護5	1,138	118	1,256	880	300	2,436	73,080

[2割負担]

要介護度	介護保険 2割負担	サービス提供体制強化加算Ⅱ 看護体制Ⅰ・Ⅱ 個別機能訓練Ⅰ	小計	居住費	食費	1日料金	月料金 (30日)
要介護1	1,597	236	1,833	2,066	1,500	5,399	161,970
要介護2	1,764	236	2,000	2,066	1,500	5,566	166,980
要介護3	1,942	236	2,178	2,066	1,500	5,744	172,320
要介護4	2,111	236	2,347	2,066	1,500	5,913	177,390
要介護5	2,276	236	2,512	2,066	1,500	6,078	182,340

[3割負担]

要介護度	介護保険 3割負担	サービス提供体制強化加算Ⅱ 看護体制Ⅰ・Ⅱ 個別機能訓練Ⅰ	小計	居住費	食費	1日料金	月料金 (30日)
要介護1	2,395	354	2,749	2,066	1,500	6,315	189,450
要介護2	2,646	354	3,000	2,066	1,500	6,566	196,980
要介護3	2,913	354	3,267	2,066	1,500	6,833	204,990
要介護4	3,167	354	3,521	2,066	1,500	7,087	212,610
要介護5	3,414	354	3,768	2,066	1,500	7,334	220,020

裏面記載有

〔1割負担〕

- その
他
の
加
算
- ※初期加算 36円/日 入所から30日以内及び30日以上入院後の再入所した場合
 - ※外泊時加算 293円/日 入院及び外泊を認めた場合（月6日）
 - ※療養食加算 8円/食 療養食を提供した場合
 - ※上記該当料金及び加算は、処遇改善加算として14.0%を乗じた単位に地域加算の10.45円で換算された介護保険10割分の1割の額です。（加算内容により月料金に誤差が生じます）

〔2割負担〕

- その
他
の
加
算
- ※初期加算 71円/日 入所から30日以内及び30日以上入院後の再入所した場合
 - ※外泊時加算 586円/日 入院及び外泊を認めた場合（月6日）
 - ※療養食加算 15円/食 療養食を提供した場合
 - ※上記該当料金及び加算は、処遇改善加算として14.0%を乗じた単位に地域加算の10.45円で換算された介護保険10割分の2割の額です。（加算内容により月料金に誤差が生じます）

〔3割負担〕

- その
他
の
加
算
- ※初期加算 107円/日 入所から30日以内及び30日以上入院後の再入所した場合
 - ※外泊時加算 878円/日 入院及び外泊を認めた場合（月6日）
 - ※療養食加算 22円/食 療養食を提供した場合
 - ※上記該当料金及び加算は、処遇改善加算として14.0%を乗じた単位に地域加算の10.45円で換算された介護保険10割分の3割の額です。（加算内容により月料金に誤差が生じます）

※介護保険割合は、各市町村発行の介護保険負担割合証にて異なります。

※各段階は、各市町村発行の介護保険負担限度額認定証にて異なります。

負担限度額認定証がない場合は、第4段階となります。

※料金改正等により変更する場合がございますので、ご了承ください。

※科学的介護推進体制加算（Ⅱ）50単位/月と、個別機能訓練加算（Ⅱ）20単位/月は月単位の請求となるため料金表には含まれておりません。

有効期限

令和7年9月30日

様式1

(特別養護老人ホームウイステリア福岡)

入 所 申 込 書

申込年月日	令和 年 月 日	受付番号				
入 所 申 込 者	フリガナ 氏名	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	性別	男・女	
	住所	郵便番号(-)	電話番号	()		
	連絡先	郵便番号(-)	電話番号	()		
	介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号			
	要介護度	1・2・3・4・5	有効期間			
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()				
	年 月頃より	施設名【 】				
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ 氏名	続柄	備考			
	住所	郵便番号(-)	電話番号	()		
	連絡先1	郵便番号(-)	電話番号	()		
	連絡先2	郵便番号(-)	電話番号	()		
居 宅 支 援 事 業 者	事業所名	事業者番号				
	住所	郵便番号(-)	電話番号	()		
	フリガナ 担当者名	備考				
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1	申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)			
	施設名2	申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)			
	施設名3	申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃入所したい					

【説明確認及び同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ・ 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- ・ 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- ・ 入所優先順位の見直しについて
- ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- ・ 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

次の事項について同意します。

- ・ 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること
- ・ 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- ・ 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書内容及び調査票の内容を提供すること

令和 年 月 日

氏名

(続柄

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を必ず確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。
該当する項目にチェックしてください。

- 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こと
- 知的障がい・精神障がい等を伴い、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こと
- 家族等により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こと。
- 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こと。

施設 記入	担当者名		職 種	施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他()
	備 考			

調査票

調査年月日		令和 年 月 日		受付番号		
フリガナ				明治・大正・昭和		
入所申込者名		男・女		生年月日 年 月 日(歳)		
本人の状況	介護認定	申請(更新・変更)中・済		被保険者番号		
	要介護度	1・2・3・4・5		認知症行動 ほぼ毎日・週1~2回程度・なし		
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	療育手帳・精神保健福祉手帳の有無		有(級)・無			
身体障害者手帳・原爆手帳等の有無		有(級)・無				
介護サービスの利用状況	現在の住居		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()			
			年 月頃 より入所・入院中		施設名	
	居宅介護サービス利用状況	サービス別単位	<input type="checkbox"/> 訪問介護	単位	<input type="checkbox"/> 通所リハ	単位
			<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	単位
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	単位	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	単位	
		<input type="checkbox"/> 訪問リハ	単位	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護	単位	
		<input type="checkbox"/> 通所介護	単位	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	単位	
		上記合計	0 単位 ÷ 26,135 × 10 = 0 割			
単包括		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下				
介護者等の状況	介護者1	フリガナ			家族の構成	
		氏名	同居・別居			
		続柄	年齢	歳		
	介護者2	フリガナ				
		氏名	同居・別居			
		続柄	年齢	歳		
住所		〒				
住所		〒				
介護者の障がい・疾病等		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 複数介護・育児・就労 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 他の介護協力 <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時有り <input type="checkbox"/> 常時有り				
住居	市内外の居住状況 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外					
特記事項	家族等による介護拒否	<input type="checkbox"/> 理由:				
	遠距離介護	<input type="checkbox"/> 理由:				
	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:				
	サービス不十分	<input type="checkbox"/> 理由:				
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由:				
	住環境問題	<input type="checkbox"/> 理由:				
	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:				
	在宅における医療的処置	<input type="checkbox"/> 理由:				
	特に考慮すべき認知症症状	<input type="checkbox"/> 理由:				
地域への配慮	<input type="checkbox"/> 理由:					
その他	<input type="checkbox"/> 理由:					
備考						

調査担当者名		事業所名	電話番号 ()
施設受付担当者名		職種	施設長 生活相談員 ケアマネ その他()

調査票別表

利用者様氏名		生年月日				
近況の経過	(介護が必要になった経緯など)					
医療面の情報	かかりつけ病院		主治医			
	現病歴/既往歴					
	該当する医療行為	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 中心静脈	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> モニター測定	<input type="checkbox"/> レスピレーター
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 酸素療法
身体の状況	(現在の介護が必要な状況)					
認知症の症状	(現在の認知症の症状など)					
家族の状況		氏名	続柄	年齢	同居有無	主介護者
	介護者①					
	介護者②					
	介護者③					
ショートステイを利用して入居を待機することについて			希望する ・ 希望しません			
自由記述						

※日々の介護でお困りなどあれば自由記述欄にご記載ください。

有効期限

令和7年9月30日

様式1

(特別養護老人ホームウイステリア福岡)

入 所 申 込 書

申込年月日	令和 ●年 ●月 ●日	受付番号	空白			
入 所 申 込 者	フリガナ 氏名	フクオカ タロウ 福岡 太郎	生年月日	明治・大正・昭和 ●●年 ●月 ●日 (●●歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
	住所	郵便番号(●●●-●●●●) 福岡県福岡市●区●●1-23-45		電話番号	092(●●●)●●●●	
	連絡先	郵便番号(-)		電話番号	()	
	介護認定	申請(更新・変更)中・ <input checked="" type="checkbox"/> 済	被保険者番号	介護保険証に記載されている10桁の番号		
	要介護度	1・2・ <input checked="" type="checkbox"/> 3・4・5	有効期間	介護保険証に記載されている有効期間		
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input checked="" type="checkbox"/> 施設入居中であれば名称 <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()				
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ 氏名	フクオカ ジロウ 福岡 次郎	続柄	長男	備考	
	住所	郵便番号(●●●-●●●●) 福岡県福岡市●区●●5-43-21		電話番号	092(●●●)●●●●	
	連絡先1	郵便番号(-)		電話番号	※携帯番号などもあればお願いします。	
	連絡先2	郵便番号(-)		電話番号	()	
居 宅 支 援 事 業 者	事業所名	事業所番号				
	住所	郵便				
	フリガナ 担当者名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 担当のケアマネジャー様に確認をお願いします。 (おられない場合は空白で構いません。) </div>				
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1	※既に他施設に申込されている場合は記載。		申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)	
	施設名2			申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)	
	施設名3	<input checked="" type="checkbox"/> 該当箇所にチェック		申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい		<input type="checkbox"/> 令和 年 月頃入所したい			

【説明確認及び同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ・ 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- ・ 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- ・ 入所優先順位の見直しについて
- ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- ・ 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

次の事項について同意します。

- ・ 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること
- ・ 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- ・ 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書内容及び調査票の内容を提供すること

令和 ●年 ●月 ●日

氏名 福岡 次郎 続柄(長男)

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を必ず確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。
該当する項目にチェックしてください。

<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こと	
<input type="checkbox"/>	知的障がい・精神障がい等が頻繁に見られること	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こと
<input type="checkbox"/>	家族等により深刻な虐待が疑われること	心身の安全・安心の確保が困難であること
<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こと。	

チェック不要です。

施設 記入	担当者名		職 種	施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他()
	備 考			

調査票

調査年月日	令和 ●年 ●月 ●日	受付番号	
フリガナ	フカカ タロウ	生年月日	明治・大正・昭和 ●●年 ●月 ●日(●●歳)
入所申込者名	福岡 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
本人の状況	介護認定	申請(更新・変更)中・ <input checked="" type="checkbox"/> 済	被保険者番号
	要介護度	1・2・ <input checked="" type="checkbox"/> 3・4・5	認知症行動
	認定有効期間	介護保険証に記載されている有効期間→ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
		療育手帳・精神保健福祉手帳の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (級)・無	
	身体障害者手帳・原爆手帳等の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (級)・無		
介護サービスの利用状況	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input checked="" type="checkbox"/> 施設入居中であれば名称 <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他() ●年 ●月頃 より入所・入院中	
	居宅介護サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問介護 単位 <input type="checkbox"/> 通所介護 単位 上記合計 0 割	<input type="checkbox"/> 通所リハ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 単位 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 単位 <input type="checkbox"/> 定額制介護サービス 単位
	単包括	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定額制介護サービス 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下	
		担当のケアマネジャー様に確認をお願いします。 (おられない場合は空白で構いません。)	
介護者等の状況	介護者1	フリガナ	フカカ ジロウ
		氏名	福岡 次郎
		続柄	長男
		住所	〒(●●●-●●●●) 福岡県福岡市●区●●5-43-21
介護者2	フリガナ		
	氏名		
	続柄		
	住所	もう1名おられればご記載ください。	
	介護者の障がい・疾病等	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 複数介護・育児・就労 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 該当箇所にチェック <input type="checkbox"/> 他の介護協力 <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時有り <input type="checkbox"/> 常時有り	
住居	市内外の居住状況	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	
特記事項	家族等による介護拒否	<input type="checkbox"/> 理由:	
	遠距離介護	<input type="checkbox"/> 理由:	
	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由:	
	サービス不十分	<input type="checkbox"/> 理由:	
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由:	
	住環境問題	<input type="checkbox"/> 理由:	
	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由:	
	在宅における医療的処置	<input type="checkbox"/> 理由:	
特に考慮すべき認知症症状	<input type="checkbox"/> 理由:		
地域への配慮	<input type="checkbox"/> 理由:		
その他	<input type="checkbox"/> 理由:		
備考			

調査担当者名		事業所名	電話番号 ()
施設受付担当者名		職種	施設長 生活相談員 ケアマネ その他()

調査票別表

利用者様氏名	福岡 太郎	生年月日	昭和●●年●●月●●日			
近況の経過	<p>(介護が必要になった経緯など)</p> <p>例文：平成●●年に脳梗塞を発症してから、左半身が麻痺の状態になりました。自宅で車椅子での生活を送りながらデイサービスやショートステイに通っていましたが、令和●●年に脳梗塞が再発し以前よりも介護が必要な状態になっています。今はリハビリ病院を経て老健施設に入所中ですが、老健施設からも退所先を探すように言われています。</p>					
医療面の情報	かかりつけ病院	●●クリニック	主治医		●●先生	
	現病歴/既往歴	<p>現：①高血圧症 ②糖尿病 ③脳梗塞後遺症（左麻痺）④認知症</p> <p>既：①白内障術後 ②左大腿部頸部骨折術後 ③盲腸</p>				
	該当する医療行為	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> モニター測定	<input type="checkbox"/> インスリン
	<input type="checkbox"/> 胃瘻/腸瘻	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> ストーマ
身体の状況	<p>(現在の介護が必要な状況)</p> <p>例文：移動は車椅子で介助が必要です。何かに掴まれば短い時間は立ち上がりができます。排泄は本人の希望でトイレに連れて行っていますが、おむつに失敗していることが多いです。食事は柔らかめの食事で飲み込めますが、時々咽くこともあります。食べこぼすこともあるので食事中は見守りが必要です。入浴は週2回していますが、衣類の着脱から身体を洗うことまで全て介助が必要な状況です。</p>					
認知症の症状	<p>(現在の認知症の症状など)</p> <p>例文：主治医からはアルツハイマー型認知症と診断されています。クリニックでは長谷川式の認知症検査で15点と言われました。記憶障害が顕著ですぐに忘れて同じ話を繰り返すことが多いです。その都度、話せば本人は納得しているようです。時々、昼夜逆転の症状があり夜間に大きな声を出すこともあります。そばに誰かいれば落ち着くようです。</p>					
家族の状況		氏名	続柄	年齢	同居有無	主介護者
	介護者①	福岡 花子	長男嫁	●●歳	有	○
	介護者②	福岡 次郎	長男	●●歳	有	
	介護者③	野多目 池子	長女	●●歳	無	
ショートステイを利用して入居を待機することについて			<input checked="" type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しません			
自由記述	<p>例文：脳梗塞再発後は、本人の身体状態も悪化しており自宅での介護は難しいと考えています。私たち夫婦も仕事をしており四六時中の介護は困難な状況です。施設に入居して本人も安心した気持ちで生活を送ってほしいです。</p>					

※日々の介護でお困りなどあれば自由記述欄にご記載ください。