

やまびこ荘入所申込みについて

本入所のお問い合わせありがとうございます。申し込み方法についてご案内いたします。
入所申込書（2枚組）に必要事項を記入し、**健康診断書と介護保険証のコピー**を添えて
やまびこ荘までお届けください。

申込書を受理しましたら控えをお送りいたします。入所時期が近づきましたら連絡を差し
上げます。

なお、申し込みの前に下記の事項について御確認ください。

○ 本入所を申し込める方

- ・ 介護保険の要介護度が1以上であること（見込みを含む）
- ・ 身元を保証する家族（または民生委員）がいること
- ・ いざという時に、本人に代わって判断を下せる親族がいること
（身寄りがない場合は、保証人との事前相談が必要です）

○ 申し込めない方

- ・ 介護保険の要介護度が自立、または要支援の方
- ・ 在宅酸素を常用している方
- ・ インシュリン（自己注射）を常用している方
- ・ 精神疾患（認知症を除く）の方
- ・ 人工透析を利用している方
- ・ 重度認知症により、施設外へ飛び出す恐れが強い方

○ 相談が必要なケース

- ・ 経管栄養（鼻腔）、胃ろうの方
- ・ 人工肛門（ストーマ）の方
- ・ 感染症の方（疑いを含む）
- ・ その他医療行為が必要な方

※ お願い 入所待ちの間に次のようなことがありましたら必ず御連絡ください。

- ・ 要介護度が変化したとき
- ・ 体調変化などで頻繁に医療処置が必要となったとき
- ・ 御本人や家族の連絡先が変わったとき
- ・ 他施設へ入所が決まったとき
- ・ 入所申し込みを取り下げるとき

〒238-0313

神奈川県横須賀市武 3-39-2

特別養護老人ホームやまびこ荘

入所受付係 宛

TEL 046-858-0800

入所決定方法

入所の決定については横須賀地区で統一された基準を適用します。

(この基準は平成15年1月より開始されました)

(1) 入所申込者のグループ分け

施設は、入所申込者の状況を以下の3つの基準により点数化し、点数9~14の上位グループ、点数8以下の下位グループに分け、上位グループの中から入所者を決定します。なお、この点数化によるグループ分けは、3ヵ月ごとに行うなど、施設が適切に行うこととします。

①要介護度

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
点数	1点	2点	3点	4点	5点

②家族等の状況

状況	本人家族とも入所を希望	どちらかのみ入所を希望	認知症等により本人意思確認不能	独居
点数	2点	1点	3点	3点

③入所待機期間

申込日からの期間	~12月	~15月	~18月	~21月	~24月	25月~
点数	1点	2点	3点	4点	5点	6点

(2) 特別な事由による優先入所

上記に関わらず、次の場合は施設の委員会の判断において、優先入所を決定することができます。

①市町村から入所依頼があった場合

老人福祉法に基づく措置入所や事故発生による場合など、市町村が緊急性を認めた場合

②長期入院後に再入所する場合

すでに入所していた方が病院への長期入院により退所した後の、再入所申請の場合

③緊急性等が認められる場合

入所希望者や介護者の心身の状況が急に悪化するなど、ただちに入所が必要と判断された場合

(参考)

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

第6条 第1項・2項は略

3 指定介護老人福祉施設は、入所希望者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超過している場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護老人福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所希望者を優先的に入所させるよう努めなければならない。

やまびこ荘 入所申込書

受付日： 年 月 日 受付番号：

(ふりがな)								
入所対象者氏名：			生年月日 M T S 年 月 日生					
住所：〒								
家族(保証人)氏名	住所		固定電話/携帯電話	続柄				
①	〒							
②	〒							
介護状況（これまでの経過）：								
入所後の生活についての要望（本人や家族の希望）：								
生活保護 無 ・ 有								
老齢福祉年金受給 無 ・ 有 ・ 不明								
市民税等 課税 ・ 非課税 ・ 不明								
障害者手帳 無 ・ 有 (級) ・ 不明								
年間の所得金額 ()								
個室希望 無 ・ 有								
現在の介護度								
要介護	要介護	要介護	要介護	要介護	※事務使用欄（受付後の介護度変更）			
1	2	3	4	5	年/月		年/月	
					/		/	
<input type="checkbox"/> 本人家族とも入所を希望 <input type="checkbox"/> どちらかのみ入所を希望 <input type="checkbox"/> 認知症等により本人の意思確認不能 <input type="checkbox"/> 現在独居である								

該当する状況を○で囲んでください。特記することがありましたらお書きください		
歩行	自立・杖等・車椅子・寝たきり・()	
食事	自立・一部介助・介助・()	
入浴	自立・一部介助・介助・()	
更衣	自立・一部介助・介助・()	
洗面	自立・一部介助・介助・()	
排泄	自立・一部介助・介助・()	
視力	正常・やや難・難・()	
聴力	正常・やや難・難・()	
発語	正常・やや難・難・()	
認知症	なし・軽・中・重・()	
意思伝達	可・不可・()	
尿意便意	あり・なし・不明・()	
体調	安定・不安定・治療中・()	
医療の状況	受診中の科 内科・外科・整形・皮膚・脳外・ほか ()	
	かかりつけの病院名： 医師名：	
	主な既往症： -----	
	食事制限（療養食） 無・加リ制限・塩分制限・ほか ()	
	経管栄養 無・有（鼻腔チューブ・胃ろう）	
	人口膀胱（バルーン） 無・有	
	過去の入院歴	
時期・期間	病院名	病名

※ 以下は介護保険サービスを利用している方のみ記入してください

介護サービスの利用状況	サービス種別	利用頻度	事業所名
	短期入所（ショートステイ）		
	通所介護（デイサービス）		
	訪問介護（ヘルパー）		
	訪問入浴		
	訪問看護		
	グループホーム		
	老健または老人病院		
その他			
ケアマネージャー氏名		事業所名 ()	

やまびこ荘 入所申込用 健康診断書

氏名		住所	
性別 男 ・ 女		生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)	
現病歴			
既往症			
投薬内容			
薬物アレルギー 無 ・ 有 ()		食物アレルギー 無 ・ 有 ()	
血圧 / P		身長 体重	
胸部 XP (6ヶ月以内のもの) 異常 無 ・ 有 ()			
心電図 異常 無 ・ 有 ()			
感染症	MRSA () 疥癬 () HBs () HCV () Wa-R ()		
生化学	TP () ALB () BUN () CRE () GOT () GPT () γ -GPT () TG () TC ()		
血算	WBC () Hb () Ht () PLT () CRP () RBC () HbA1C () FBS ()		
その他			

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日 医療機関名

所在地

医師氏名

印

やまびこ荘 個人情報基本方針

1. 個人情報の収集について

当法人が利用者様の個人情報を収集する場合、下記の利用目的に必要な範囲で行います。

2. 個人情報の利用および提供について

個人情報の第三者提供について事前に同意書を取るものとします。また右記の利用目的の範囲を超えて個人情報を利用する場合は、あらかじめお知らせし、ご了解を得た上で実施いたします。

3. 個人情報の適正管理について

利用者様の個人情報については、正確かつ最新の状態に保ち、個人情報の漏洩、紛失、改ざん及び不正アクセスを防止するように努めます。

4. 個人情報の確認・修正について

利用者様が個人情報の開示を求められた場合、遅滞なく内容を確認し、当法人の「個人情報保護規程」に従って対応いたします。また内容が事実ではない等の理由で訂正を求められた場合、速やかに調査し適切に対応いたします。

5. 問い合わせ窓口

当法人が保有する個人情報についてのご意見や問い合わせ、あるいは開示、訂正、削除、利用停止等の依頼について、下記の窓口でお受けいたします。

やまびこ荘事務室（電話 046-858-0800）

6. 法令の遵守と個人情報保護の仕組みの改善

個人情報の関係法令や厚生労働省のガイドラインを遵守し、適正なルールを定め、確実な履行に努めます。また、上記各項目の見直しを適宜行い、継続的な改善を図ります。

やまびこ荘 個人情報の利用目的

1. 介護サービスにかかる利用目的

- （1）介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- （2）利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるため
- （3）医療機関、福祉従事者、介護支援専門員、介護サービス従事者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- （4）利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- （5）利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- （6）行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- （7）その他サービス提供で必要な場合
- （8）上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

2. その他の利用目的

- （1）利用者の親族より心身状況等の情報を求められた場合の提供
- （2）健康診断業者への最低限必要な情報提供
- （3）損害賠償保険に係る保険会社への届出等
- （4）年金現況届・国勢調査・不在者投票等
- （5）入所希望者の入所判定

（追記）入所申込者が入所申し込みを取り下げた場合、当該個人情報は適切かつ速やかに処分いたします