

特別養護老人ホーム ひのおか順心館

入所申込みをされる皆様へ

特別養護老人ホーム ひのおか順心館は、県に指定を受けた介護保険上の地域密着ユニット型介護老人福祉施設にあたり、阿蘇市に住民票がある方で要介護3～5までの介護保険認定を受けられた方を対象とした施設です。(要介護1・要介護2の方も特例入所あり)

ひのおか順心館の入所につきましては、公正な入所の選定を行うため、熊本県の指導により「特別養護老人ホーム ひのおか順心館 入所判定基準」を設けて運用しています。入所の決定は、申込み順等で決定されるものではなく、入所希望者の介護度や認知症の程度、ご家族の介護状況などを点数化して、入所の必要性の高い方から行います。

入所申込みにご準備いただく物

- 順心館入所申込書 (計2枚) ※捺印が無いものは受付できません。
- 介護保険証 ※コピーを取らせていただきますので、原本をお持ち下さい。
- 入所申込み調査票 (計2枚)

入所申込み後の注意点

- 1 以下のことがあればご連絡下さい。 ※待機の順番が変わることがあります。
 - ・介護度が変わった時
 - ・申込み時点と現在の所在が変わった時
(病院や施設を変った・施設にいたが自宅へ戻った・自宅で生活していたが、入院や入所をしたなど)
 - ・入所申込み者(介護者)の状況が変わった時
(住所が変わった・健康状態が悪化した・連絡先が変更になったなど)
- 2 お願い
 - ・待機中に入所希望の方が、他の特別養護老人ホームなどの施設に入所されたなど、何らかの事情で入所希望を取り消したい場合は、ご連絡下さい。
 - ・定期的に、順心館から状況を把握するために、書類をお送りいたします。ご記入の上、ご返送下さい。

お問い合わせ・連絡先

特別養護老人ホーム ひのおか順心館

電話 : (0967) 35-0560

FAX : (0967) 35-0563

担当 緒方

申込みに際してお預かりした個人情報、社会福祉法人順和会の個人情報に関する基本方針に基づき、目的以外の利用はいたしません。

入所区分	一般 ・ 特例
入所申込日	年 月 日
入所申込受付日	年 月 日

特別養護老人ホームひのおか順心館 入所申込書

特別養護老人ホームひのおか順心館

管理者

様

入所申込者 〒

住所：

氏名： 印

電話番号：

入所希望者との続柄（ ）

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

入所希望者の状況					
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	満()歳
氏名		生年月日		年 月 日	
現住所	〒				
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等 【施設又は病院等】				
	名称				
	所在地				
	入所(院)開始年月日	年 月 日	から		
保険者名		被保険者番号			
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	要介護認定期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
入所希望理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設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 ()				

入 所 希 望 者 の 状 況	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい
その他入所に関して特に希望する事項 (サービス内容等)	

特例入所を希望する理由
<p>●居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症であり、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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>●上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p>

同 意 書	
<p>今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。</p>	
<p>年 月 日</p>	
入所申込者 氏名 :	印
入所希望者 氏名 :	印

※ 被保険者証(写)を添付してください。

入所申し込み調査票

ひのおか順心館におきましては、県の指針に基づき、特別養護老人ホームの入所待機者へ公平な取扱いに努力しております。これは、入所希望の皆様を要介護度や認知症の有無など、介護者の状況等で点数化し、入所の順番を決定するというシステムで、単に介護度が高い、早くに申し込んだ順番というのではなく、入所の必要性のある方から、入所していただくという方法です。ご理解の上、ご記入ください。

入所希望者 ご氏名 _____

入所希望者の現在の要介護度について<介護保険証を確認の上ご記入ください>

要介護度 ()

有効期間 令和 年 月 ～ 令和 年 月

入所を希望される理由

入所対象者のこれまでの経緯や介護者の方のご事情など、詳しく書いて下さい。
