



入所申込の皆様へ

この度は、介護老人福祉施設フェローホームズへのお申し込みをいただき誠にありがとうございます。

日常生活を営むにあたり、常時介護を必要とされる要介護3から5までの認定を受けられた方が申し込みの対象となります。

ただし、要介護1、2も特例入所の要件に該当する場合は申し込みができますのでご相談ください。※別途理由書の提出が必要となります。

入所申込用紙（全2枚）に必要事項記入の上、下記の住所までご送付頂きますよう、宜しくお願い申し上げます。

《用紙記入について》

1. 「介護老人福祉施設入所申込書兼調査書」（表と裏）はご本人または、ご家族が必要事項を記入して下さい。
2. 「フェローホームズ入所申込みに伴う意見書」はケアマネージャー、もしくは病院のソーシャルワーカーに記入してもらって下さい。

《個人情報保護について》

入所申込書等に記載された個人情報は、社会福祉法人恵比寿会の個人情報取扱規則に基づいて管理いたします。

《施設見学について》

下記担当まで事前にご連絡をください。土日祝日も対応させていただきます。

《申し込み後の状況変化について》

提出されている書類に変更（介護度、連絡先、ご本人の状態変化等）があった場合、申込の取消しをされる場合もご連絡下さい。

以上、書類の送付、ご質問、お問い合わせは下記までお願いいたします。

フェローホームズ 生活相談員 まで

電話 042-523-7601

【入所申込者ご本人について】 ※質問へのご回答は、該当する番号に○印をお願いいたします。

ふりがな			性別	生年月日		満年齢
名 前			男 ・ 女	大正 ・ 昭和 年 月 日		歳
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
同居の方について	1. ひとり暮らし 2. ご夫婦のみ(お相手の年齢) 3. ご夫婦以外に同居者がいる					
主に介護をしている方について	介護する方は 1. いる 2. いない		←で、1に○をした場合、主に介護する方は、 1. 働いている 2. 働いていない			
	↑で、1に○をした場合、主に介護する方は、 1. 健康 2. 病弱 3. 病気で療養中 4. 障害がある					
介護を手伝う方について	介護を手伝う人は、 1. いる 2. いない					
	↑で、1に○をした場合、その方は、 1. 親族 2. 近所の方 3. その他()					
お住まいについて	現在のお住まいは、 1. 自宅 2. 自宅以外		←で、2に○をした場合、戻る自宅が、 1. ある 2. ない			
	その他に、 1. 立ち退きを求められている 2. 家屋の老朽化が著しい 3. その他()					
介護する上での住宅の問題について	1. エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる 2. 自分の部屋がない 3. 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある					
その他 あてはまるもの	食事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
	排泄	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
	歩行	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助				
		1. あり 2. なし				
	認知症の症状	1. 徘徊 2. 暴力行為 3. 不潔行為 4. 異食 5. 大声や奇声 6. その他の行為(具体的に)				
	医療器具を使っている	□尿管カテーテル □人工肛門 □経管栄養(経鼻・経腸・胃ろう) □インスリン注射 □人工透析 □酸素療法 □気管切開 □日常的な吸引				
病気がある	病名()					

※日常的に医療処置が必要な方については、ホームの医療管理体制の状況により入所をお断りする場合があります。

【現在受けている介護や治療の様子について】

ご自宅以外での 介護や治療 (ご自宅の方は 記入不要)	現在いらっしゃる所は、 1. 病院 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 有料老人ホーム 5. グループホーム 6. その他()					
	施設の名称					
	入院・入所日	平成・令和	年	月	日	
	施設の所在地 電話 ()					
ケアプラン について	ケアプランは、 1. 作っている 2. 作っていない					
	相談できる介護支援専門員(ケアマネジャー)は、 1. いる 2. いない					
	介護支援 専門員の 名前		事業所名		事業所電話 ()	
在宅サービス について	在宅サービスは、 1. 使っている 2. 使っていない					

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者(市役所)、在宅介護センター、指定するケアマネジャーに提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 印

介護老人福祉施設入所申し込み書兼調査書

申し込み年月日 令和 年 月 日

- ・フェローホームズ 仲間の家(多床室) 100床

【 】

※【 】内、ご希望の施設に○をつけてください。
- ・フェローホームズ 森の家(個室) 52床

【 】

※複数希望の場合は、希望順があれば希望順(1.2.3)をご記入ください。
- 立川市在住者のみ
- ・フェローホームズ 高松の家(個室) 28床

【 】

入所希望者	ふりがな											性別	
	名 前											男 ・ 女	
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 歳											
	住 所	〒 —					連絡先	電話					
認定情報	被保険者番号						要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
	認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日											
連絡先	身元保証人	ふりがな						続 柄	生年月日				
		名 前							大正・昭和・平成 年 月 日				
		住 所	〒 —					連絡先	電話 () 携帯 ()				
	申込者	ふりがな							続 柄				
		名 前											
		住 所	〒 —					連絡先	電話 () 携帯 ()				

【入所申し込みにあたってのご意見】

※お手数ですが、裏面もご記入下さい

フェローホームズ入所申込みに伴う意見書

ふりがな			被保険者番号										
入所申込者 氏名	様												
要介護度	要介護(1 2 3 4 5)		障害高齢者の 日常生活自立度	(自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2)									
認定の 有効期間	開始日 平成・令和 年 月 日 終了日 平成・令和 年 月 日		認知症高齢者の 日常生活自立度	(自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)									
ケアプラン について	在宅サービス利用率		なし % (支給限度額に対する利用割合)										
	利 用 し て い る サ ー ビ ス												
	サービス名		利 用 回 数 等										
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など												
ご本人の 状況	1.身体の状態について(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)												
	2.認知症等について(介護や見守りを要する症状など)												
	3.疾患等について(特に注意を要することや医療器具の使用などで介護や看護を要する疾患など)												
その他 留意すべき こと	(ご本人の嗜好や性格など介護する上で把握しておくべきこと)												
記入者氏名			職 種	□介護支援専門員 □その他()									
事業所区分	□居宅介護支援事業所 □地域包括支援センター □その他()												
事業所名			連絡先電話	— —									