

## 入所申込み時必要書類

- ・入所申込書 2ページ
- ・医師による健康診断書
- ・介護保険証コピー
- ・年金改定通知書等(受給額が分かるもの)コピー可
- ・家族関係図
- ・入所保証書

以上の書類がそろい、提出していただき、入所判定委員会にて検討した上入所順位を決定いたします。なお、申込者の状態の変化等により順位の変動があります。また、申込み内容に変更(要介護度など)に変更があった場合はご連絡ください。ご不明な点がございましたらお問い合わせください。

### 社会福祉法人秩父正峰会施設連絡先一覧

#### 特別養護老人ホーム荒川園

〒369-1911 秩父市荒川贄川1088  
Tel 0494-54-1500 Fax 0494-54-1502

#### 特別養護老人ホーム桜の園

〒369-1874 秩父市和泉町18  
Tel 0494-26-7650 Fax 0494-26-7680

#### 特別養護老人ホーム杏子苑

〒368-0056 秩父市大字寺尾3900-1  
Tel 0494-25-1983 Fax 0494-25-1335

#### 特別養護老人ホーム花菖蒲・両神

〒368-0201 小鹿野町両神薄1060-1  
Tel 0494-72-8050 Fax 0494-79-0012

#### 有料老人ホーム ケアホーム楓

〒369-1802 秩父市荒川上田野768  
Tel 0494-54-3210(代) Fax 0494-54-0555

#### 認知症対応型共同生活介護 グループホーム楓

〒369-1802 秩父市荒川上田野771  
Tel 0494-54-3210(代) Fax 0494-54-0555

#### 地域密着型特別養護老人ホーム 楓の森

〒369-1802 秩父市荒川上田野766-1  
Tel 0494-54-3210(代) Fax 0494-54-0555

#### 有料老人ホーム ガーデンハイム楓

〒369-1802 秩父市荒川上田野768  
Tel 0494-54-3210(代) Fax 0494-54-0555

# 入 所 申 込 書

申込日 令和 年 月 日

社会福祉法人 秩父正峰会様

申込者	フリガナ		続柄	
	氏名			
〃	住所	〒		
〃	連絡先			

利用者様	フリガナ		生年月日	
	氏名			
〃	住所	〒		
〃	連絡先		年齢	才
			性別	

要介護度	利用している(していた)サービス

現在の利用者様の状況 ○で囲んでいただくと共に、具体的に御記入下さい

独居生活		同居生活		同居人数		
自宅	入院中	病院名		病名		
いつ頃から		特記事項				

現在の介護者様の状況 ○で囲んでいただくと共に、具体的に御記入下さい

主たる介護者様	年齢	才	お仕事の状況	正職員	パート	
障害や疾病の有無(具体的に)			育児・看病の有無	有	無	
複数介護の有無	有	無	その他			
従たる介護者様の状況		同居		別居		/
介護実践の可能性	有	(どの程度)		無		
別居している血縁者の介護の可能性	有	(どの程度)		無		

入居を希望される施設の□に、チェックをしてください

特別養護老人ホーム

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 荒川園 (多床室)       | <input type="checkbox"/> 桜の園 (従来型個室)      |
| <input type="checkbox"/> 杏子苑 (多床室・従来型個室) | <input type="checkbox"/> 花菖蒲・両神 (ユニット型個室) |

地域密着型特別養護老人ホーム

- 楓の森 (従来型個室)

有料老人ホーム

- ケアホーム楓 (個室)      ガーデンハイム楓 (個室)

グループホーム

- グループホーム楓 (個室)

\* 入所人員に空きが出来次第ご連絡いたします。  
 本人が死亡、他施設への入所等の理由で本施設への入所を取り消される場合にはご連絡ください。

○で囲んでいただくと共に、具体的に御記入下さい

身体の状況

麻痺の有無	有り		無し	
具体的場所				
視力	普通	弱視	全盲	(使用用具)
聴力	普通	やや難聴	難聴	(使用用具)

日頃の動作の状況

歩行	自立	一部介助	全介助	(使用用具)
食事	自立	一部介助	全介助	(使用用具)
排泄	自立	一部介助	全介助	(使用用具)
オムツ使用	あり		なし	
日中のみ	夜間のみ	昼夜問わず		(使用用具)
入浴	自立	一部介助	全介助	(特記事項等)
着脱衣	自立	一部介助	全介助	

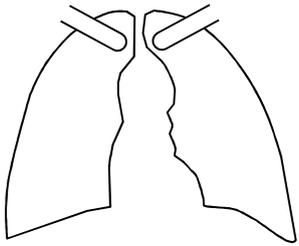
認知症の状況

認知症発症の有無	有り	無し
具体的な症状		

その他

出生地	県	市町村	生育地	県	市町村
最終学歴	大卒・高卒・中卒・小卒・その他		喫煙・飲酒	1日	本程度、週 回程度
職歴	主なもの				
結婚歴	有・無 結婚年齢( ) 配偶者(同居・別居・離婚・死別)				
趣味・特技					
生活歴及び既往歴					

# 健康診断書

ふりがな				性別	生年月日			才
氏名				男・女	T・S・H	年	月	
住所								
身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg	脈拍	回/分 整・不整
視力	(右 左) 全盲・弱視・普通 眼鏡の使用(有・無)			聴力	普通・やや難聴・難聴 補聴器の使用(有・無)	言語	普通 障害あり ( )	
検尿	蛋白	糖	潜血	沈渣	アレルギー	有(具体的に: ) 無 不明		
血液検査	Hb	TP	GOT	尿酸	HBsAg	-	.	+
	Ht	A/G	GPT	尿素窒素	HBsAb	-	.	+
	RBC	アルブミン	γ-GTP	クレアチニン	HCV	-	.	+
	WBC	LDH	ALP	血糖	Wa-R	-	.	+
伝染性疾患	疥癬	有・無	M R S A	陽・陰	(摂取部位: )感染の疑いがある時のみ			
胸部X線				異常無し 異常有り	投薬状況 有・無			
既往症				<所見				
現在の病名 経過および 治療の概略								
精神(認知) 等の状況	精神障害 有・無 (1)認知 (2)心気状態 (3)不安 (4)焦燥 (5)抑鬱状態 記憶障害 重度 中度 軽度 (6)興奮 (7)幻覚 (8)妄想 (6)せん妄 失見当 重度 中度 軽度 (10)睡眠障害 (11)その他( )							
総合所見	上記の状態なので、施設における日常生活及び団体生活に基だしい差し支えはないと認めます。							
上記のとおり診断証明する。					令和 年 月 日			
医療機関所在地								
名称								
電話								
医師氏名					(印)			

# 家族関係図

私達は、利用者\_\_\_\_\_の入所時に発生した疑義に関する照会について、保証人\_\_\_\_\_へ一任します。また、親族内のトラブルは、施設に迷惑をかけることなく、相互に協力して解決します。

本人	①	氏名			①
	②	住所			
	③	職業の有・無	勤務先		
	④	その他			
	⑤				
配偶者	⑥	氏名			⑥
	⑦	住所			
	⑧	職業の有・無	勤務先		
	⑨	その他			
	⑩				
	⑪	氏名			⑪
	⑫	住所			
	⑬	職業の有・無	勤務先		
	⑭	その他			
	⑮				
	⑯	氏名			⑯
	⑰	住所			
	⑱	職業の有・無	勤務先		
	⑲	その他			
	⑳				

○その外介護に関わる親族並びに関係者

氏名			続柄	
住所				
氏名			続柄	
住所				
氏名			続柄	
住所				
氏名			続柄	
住所				
氏名			続柄	
住所				

\* 本人の介護に関わる方並びに関係者すべての記名をお願いします。  
出来る限り勤務先もご記入願います。

令和 年 月 日

# 入 所 保 証 書

令和 年 月 日

社会福祉法人 秩父正峰会  
理事長 吉田 廣文 様

この度、入所者 \_\_\_\_\_ が施設への入所に際しまして、下記事項を確認し身元保証人と連帯保証人共同で、これを引き受け、遵守することを、お約束いたします。

## 記

1. 秩父正峰会が運営する施設生活で、「人権を尊重し、自由に伸び伸び生活することを重視し、身体拘束はしない」の基本精神に共感します。万が一入所者の身勝手な行動、不注意による転倒等から骨折などの事故が生じた場合には、施設側の責任は問いません。
2. 施設からの問い合わせ窓口は、身元保証人がその責を負うとし、身元保証人から連帯保証人へ連絡致します。
3. 入所に係る費用は、施設の指定の日時に遅滞なくお支払致します。また身元保証人による不備があった際には、その債務は連帯保証人が負うものとします。相続を含めた財産に関する親族間のトラブルで施設側にご迷惑はおかけ致しません。
4. 故意または過失により、施設に損害をおかけした場合には、損害賠償の責に応じます。
5. 面会時のお菓子等の持ち込み品に起因する、入所者本人若しくは職員でも管理しきれない食中毒や誤嚥事故等が生じた場合に施設側の責任は問いません。
6. 入所後、心身の状態の急変、異変及び認知症の進行等によるトラブルに関し、身元保証人に即急な判断・回答を求められ対応不可能な場合には、全ての判断は施設に任せ、また任せた以上、不服申し立ては、一切しないことをお約束致します。
7. 身元保証人・連帯保証人に変更が生じた場合には、速やかに法人または施設に連絡し協議するものとします。
8. 個人情報の取り扱いに際し、必要に応じて会議等法人全体で共用することは差し支えありません。
9. 以下の場合、契約終了になっても異議を申し立てません。
  - (1) 他の入所者や職員に対する暴言や暴力を起こした場合
  - (2) サービス提供に係る疑義に関し、再三の照会により、業務運営に支障をきたすと施設側が判断した場合
  - (3) その他、施設の規則、指示に従わない場合

身元保証人氏名： \_\_\_\_\_ ㊞

連帯保証人氏名： \_\_\_\_\_ ㊞

住 所： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

利用者との関係： \_\_\_\_\_

利用者との関係： \_\_\_\_\_

連帯保証人は原則として支払い能力のある成年者で、

1. 生計を別にして近親者：2. 独立の生計者の中から、お願いいたします。

※連帯保証人をたてる事が困難な場合は、窓口までご相談下さい。