

# 利用申込に関するご案内

利用希望者 各位

社会福祉法人新潟市社会事業協会  
介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 松風園

## ○申込に必要な提出書類

### 1. 松風園入所申込書

- 所要事項にご記入の上、ご提出下さい。また、ご来園の際は ご面倒でも担当までお電話をいただけるようお願いいたします。（月曜～金曜、午前8時30分～午後5時まで）。
- 要介護度1もしくは2の方のお申込みにつきましては、特例入所としての要件が必要になります(入所申込書参照)。

### 2. 介護支援専門員意見書

- 皆様を担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）へのご依頼をお願いいたします。
- 入所申込書の提出と前後して差し支えありませんが、2点が揃っての受け付けとなりますことをご了承下さい。

### 3. 介護保険被保険者証のコピー

※ 入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、**必ず当施設にご連絡下さい。**

※ ご不明な点は、担当までお問い合わせ下さい。

担当 生活相談員 上田 史門

〒950-2261 新潟市西区赤塚4782番地 松風園  
TEL 025-239-3981 FAX 025-239-3989

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

## 特別養護老人ホーム 松風園 入所申込書

申込者 (連絡先)	(フリガナ) 氏名	入所希望者 との続柄
	住所	〒 _____ 【電話】 ( _____ )

※所要記入事項に記入あるいは○をお願いします。

入所希望者 氏名	(フリガナ)	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
		性別	男・女	年齢	満 歳
現住所	〒 _____ 【電話】 ( _____ )				
介護保険	被保険者番号	_____	保険者名	新潟市・その他( _____ )	
	要介護度	1・2	3・4・5	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療保険	後期高齢・健保・国保・共済・組合・生活保護 (本人・扶養)				
経済状況	年金(有・無) 年金の種類: _____ (年額 _____ 円)				
障害者手帳	手帳の種類: _____ (障害名: _____) 判定 級(度)				
現況	1. 自宅(単身・同居) 主介護者(続柄: _____ 年齢: _____ 歳 職業:有・無 _____)				
	2. 施設(病院)に入所(入院)中 名称: _____ (年 月 日 ~ )				
	利用中、または利用した ことがあるサービス	・ショートステイ { 事業所名 _____ } ・デイ { _____ } ・ヘルパー { _____ } ・その他 { _____ }			
	担当ケアマネジャー	事業所名: _____ 氏名: _____			
医療の状況	これまでにかかった病気	発症時期・通院または入院期間	通院または入院した医療機関		
	・ _____	・ 年 月 日 ~	・ _____		
	現在の かかりつけ医				
	(特別な医療) ・経管栄養 ・カテーテル ・ストマ(人工肛門) ・インシュリン注射 ・酸素療法 ・気管切開 ・透析 ・その他( _____ )				
入所希望者の 意向	1. 他の施設への申込 (有・無) _____ 2. 入所時期について (○をつけて下さい) ・今すぐの施設入所を希望する ・ 年 月頃までには入所したい ・本人の状況が変わらなければ、しばらく現状でよい				

家族構成 (利用希望者と 同じ住所の方)	氏名	続柄	生年月日	勤務先・電話番号など



# 介護支援専門員意見書

入所申込者氏名

様

## 1 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし	

## 2 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
--------------	-------	-------	-------	-------

## 3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他( )
②主たる介護者の年齢・続柄	歳(続柄 : )		
③介護者の障害・疾病	なし	あり( ) 介護は困難・多少は介護・介護は可能	
④介護者の就労	なし	あり( ) 勤務 日/週 時間/日	
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり( ) 常時の育児看病・半日育児看病・臨時育児看病	
⑥他の同居介護補助者	なし	あり(続柄 : 日/週程度)	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり(続柄 : 日/週程度)	

作成者所属		担当者	印
-------	--	-----	---

備考欄(本人、家族状況等、上記以外に特記すべき事項がございましたら記入の方お願い致します。)

※他の医療機関や入所施設等に現在入院(入所)している申込者の評価基準算定は原則として退院(退所)後に予想される状況で判断する。

社会福祉法人 新潟市社会事業協会  
特別養護老人ホーム 松風園  
<施設説明>

所在地 新潟市西区赤塚4782番地  
電話 025-239-3981  
県指定年月日 平成12年 3月17日  
県指定番号 1570101020  
利用定員 80名  
本体施設種類別 介護老人福祉施設

職員の概要

	医師(嘱託)	2名(信楽園病院医師)
看護・介護職員	看護職員	3名以上
配置比率	機能訓練指導員	1名(資格:看護師)
(基準) 3:1	介護職員	33名以上(夜勤:職員 4名)
	生活相談員	1名(資格:社会福祉主事)
	介護支援専門員	1名(資格:介護支援専門員)
	栄養士	1名(資格:管理栄養士)

設備の概要

敷地	24,992㎡	
建物構造	鉄骨平屋建一部2階	※2階は管理棟です。
延べ床面積	3,681.12㎡	
居室	26室	
	(4人部屋 15室、3人部屋 1室、2人部屋 7室、1人部屋 3室)	
	居室面積:4人部屋1人あたり 9.15㎡、1人部屋 19.4㎡(5.8坪)	
食堂面積	185.40㎡	
浴室面積	55.85㎡	(一般浴槽と特殊浴槽及び中間浴槽がある)
機能訓練室面積	73.70㎡	
談話室面積	39.20㎡	
医務室面積	27.92㎡	

協力医療機関 名称 信楽園病院

利用者負担金 別紙に記載