

指定介護老人福祉施設入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

| | |
|-------|-------|
| 申 込 日 | 年 月 日 |
| 受 付 日 | 年 月 日 |

| | | | |
|---------|-----|----|--|
| 住 所 | 〒 | | |
| 氏 名 | | 続柄 | |
| 電 話 番 号 | () | | |
| 携 帯 電 話 | | | |

特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | | | | | |
|------------------|--|---|------------|--------------------|-------|---|---|---|
| 申 込 先 (複数選択可) | 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> はなみずき従来型 <input type="checkbox"/> はなみずきユニット型 地域密着型特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> むらかみの郷ユニット型 | 保 険 者 (市区町村名) | 市・区 町・村 | | | | | |
| | | 介護保険証 被保険者番号 | | | | | | |
| フリガナ | | 性別 | 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 氏 名 | | 男・女 | 認定年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日(歳) | | 認定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | |
| 現住所 | 〒 - | | | | | | | |
| 現 況 | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている」方は、記入して下さい ※施設または病院名 _____ ※所在地(市区名のみ) _____ ※入所または入院時期 H・R 年 月 日から入所・入院している | | | | | | | |
| 入所希望者の状況 | 入所を希望する理由(該当するものをすべて選んで下さい。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院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() | | | | | | | |
| | 2.要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答して下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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。 <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が頻繁に見られる。 <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。 <input type="checkbox"/> 単身生活である、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。 | | | | | | | |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに入所したい | | | | | | | |
| 医療の状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 《現在治療中の病気・特記事項》 | | | | | | | |
| 申込み状況 | <input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ※すでに申し込んでいる又は申し込む予定の他の施設名()()() | | | | | | | |
| 主たる介護者 | フリガナ | | 性別 | 本人との関係 | | | | |
| | 氏 名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 同居区分 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:) | | | | | | |
| 意見 | 【介護をしているうえで困っていること等】 | | | | | | | |

※入所に伴う利用者様の状況等について、居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャー等から情報提供を得ることに同意します。

本人氏名 印
代理人氏名 印

指定介護老人福祉施設入所調査票

| | | | | | | |
|---------|-------|----|----|---|----|---|
| 要介護度 | 要介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 日常生活自立度 | Ⅲa 以上 | Ⅱb | Ⅱa | I | 自立 | |

※日常生活自立度については、別紙を参照下さい。

| | |
|-------------|--|
| 認知症による不適応行動 | <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 |
| | <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 |
| | <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 外に出て戻れない <input type="checkbox"/> 収集癖 |
| | <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物や衣服を壊す <input type="checkbox"/> 不潔行為 |
| | <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的迷惑行為 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ |

2. 在宅サービス利用度

| | | | | | |
|-------------|----------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 在宅サービス限度額割合 | デイサービス | <input type="checkbox"/> 週1回 | <input type="checkbox"/> 週2回 | <input type="checkbox"/> 週4回 | <input type="checkbox"/> 週5回以上 |
| | ホームヘルパー | 1日 | 回 | 時間づつ | 月 回 |
| | ショートステイ | 月 | | 日 | |
| | 訪問入浴 | 月 | | 回 | |
| | その他のサービス | | | | |

※直近1カ月のサービス利用票及び利用票別表を添付してください。

※介護保険証、負担割合証、お持ちの方は介護保険負担限度額認定証のコピーを添付してください。

3. 主たる介護者・家族の状況

| | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 世帯状況(入所希望者) | <input type="checkbox"/> 独居 | <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 | <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> その他 |
| 主たる介護者の年齢・続柄 | 年齢 | | 続柄 | |
| 主たる介護者の障害や疾病 | 無・有 () | | | |
| 主たる介護者の就労 | 無・有 (職種等 | | 日/週 | 時間/日) |
| 入所希望者以外の介護が必要な方 | 無・有 (要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) | | | |
| 主介護者の育児・家族の病気 | 無・有 () | | | |
| 主たる介護者以外の介護協力・補助者 | 無・有 (続柄 日/週程度) | | | |
| 介護者の介護の関わり方 | <input type="checkbox"/> 介護拒否 | <input type="checkbox"/> 非常に消極的 | <input type="checkbox"/> やや消極的 | <input type="checkbox"/> 普通 |

4. 現在の状況

| | |
|------------|---|
| 施設等に入所している | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない |
| 施設種別 | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> ケアハウス |
| | <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム |
| 入所期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 病院等に入院している | <input type="checkbox"/> 入院している <input type="checkbox"/> 入院していない |
| 入院期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

(別 紙)

指定介護老人福祉施設入所調査票

日常生活自立度の調査基準の参考

| ランク | 見られる症状・行動の例 |
|-------------|---|
| I | 認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している |
| II a | たびたび道に迷うことや、買物や事務・金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等 |
| II b | 服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など、一人で留守番ができない等 |
| III a 以上 | 認知症の進行により着替え、食事、排便、排尿が上手くできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める。徘徊、失禁、大声、奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等が見られる等 |

※ご不明な点は、ご不明な点は瀬野までご連絡ください。

特別養護老人ホーム はなみずき

相談員 瀬野 誠

電話 047-480-5050

特別養護老人ホーム むらかみの郷

相談員 鈴木 孝将

電話 047-405-2180