

# 尾北地区特別養護老人ホーム標準入所申込書

特別養護老人ホーム 岩倉一期一会荘 施設長様

申込日	年 月 日	受付者（記入しないで下さい）		
入所希望者	ふりがな	保険者(市町村)		
	氏名	介護保険 被保険者番号	.....	
	性別	男 ・ 女	認定の有効期間	/ ~ /
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日	要介護度	3 ・ 4 ・ 5
	現住所	〒 _____		
	電話	FAX	携帯電話	
	※給付制限			
※認定審査会意見				

※ 介護保険証の内容を転記してください。

要介護1又は2の方について、該当する項目に（）を付けて頂き、状況や症状等をご記入ください。

- 要介護度1
- 要介護度2
- 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
- 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
- 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
- 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

（具体的な状況や症状等）

上記入所希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所希望をいたします。

申込代理人	ふりがな				入所希望者との続柄	
	氏名					
	現住所	〒 _____				
	電話	FAX	携帯電話			

【身元引受人】

特別養護老人ホームへ入所の際の身元引受人

- 申し込み代理者がなる       他の家族・知り合いがなる（続柄： \_\_\_\_\_）

（その他、特記事項）

【同意・説明確認欄】

入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村、介護支援専門員等にこの申込内容を提供することに同意します。

また、入所申込から入所までの手続き及び入所の決定方法について、施設から説明を受けました。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 尾北地区特別養護老人ホーム標準入所調査票

以下該当する事項「」内にチェック（）を付けてください。必要事項は文章での記入をお願いします。

入所希望施設	<input type="checkbox"/> 岩倉一期一会荘（従来型施設） <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 両施設共に申し込む</span> <input type="checkbox"/> 岩倉一期一会荘 花むすび（ユニット型施設）
申込み状況	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームは岩倉一期一会荘のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる（予定も含む） <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> めく森</span> <span><input type="checkbox"/> 犬山白寿苑</span> <span><input type="checkbox"/> サンライフ江南</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 扶桑苑</span> <span><input type="checkbox"/> 御桜乃里</span> <span><input type="checkbox"/> ジョイフル江南</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 第2ジョイフル江南</span> <span><input type="checkbox"/> その他（ 合計 施設</span> </div>
入所希望をされる主たる理由（複数可）	<input type="checkbox"/> 寝たきり等により、日常生活全般に介助が必要である。 <input type="checkbox"/> 認知症等により、常時の見守り、介助が必要である。 <input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが十分ではない。（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 介護保険の限度額を超えてサービス利用をしており、経済的負担が重い。 <input type="checkbox"/> 介護保険の利用者負担（1割負担等）が経済的に負担できず、十分なサービスを受けられない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいない。 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 介護者が就労しており、日中不在である。</span> <input type="checkbox"/> 介護者が入院している。 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 介護者が65歳以上の高齢者である。</span> <input type="checkbox"/> 介護者が病弱である。 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 介護者が育児をしている。</span> <input type="checkbox"/> 介護者が別居している。 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> その他（ ）</span>
希望時期	<input type="checkbox"/> 早急に入所を希望する（早期入所を希望されない方は自由記載欄にご記入ください）

### 【入所申込者の状況】

入所申込者の状況	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居人あり [ <input type="checkbox"/> 夫または妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）] <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	住居	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 賃貸住宅などのため住宅改修の許可がない <input type="checkbox"/> 十分な介護スペースを確保することが困難（家が狭い、2階以上に住んでいる等） <input type="checkbox"/> その他（詳しく： ）	
	現在の住まい	<input type="checkbox"/> 自宅 （契約している居宅支援事業所名） （電話番号） （担当ケアマネジャー名） <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 （名称） : 年 月頃より	
	その他	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり（ 級） <input type="checkbox"/> なし
		精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり（ 級） <input type="checkbox"/> なし
		介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> あり（食事の負担限度額 円） <input type="checkbox"/> なし
成年後見人制度		<input type="checkbox"/> 利用している（後見人名： ） <input type="checkbox"/> 利用していない	
地域福祉権利擁護事業		<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない	
生活保護	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		

日中の様子		<input type="checkbox"/> 起きて過ごしている		<input type="checkbox"/> ほとんど寝て過ごしている		
(特記事項)						
食事	<input type="checkbox"/> 口からの摂取（食事の形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー食） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻） <input type="checkbox"/> 点滴					
	(特記事項)					
排泄	<input type="checkbox"/> トイレにて <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用 <input type="checkbox"/> ベッド上にてオムツの交換 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	(特記事項)					
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 行っていない					
	(特記事項)					
移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩くことができる <input type="checkbox"/> 杖などを使用し、一人で歩くことができる <input type="checkbox"/> 車イスを自分で漕ぐことができる <input type="checkbox"/> 車イスで移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 移動できない					
	(特記事項)					
入所申込者の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（診断名： ）					
	症状					
	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 大声	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 奇声	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	(その他特記事項を具体的にご記入ください)					



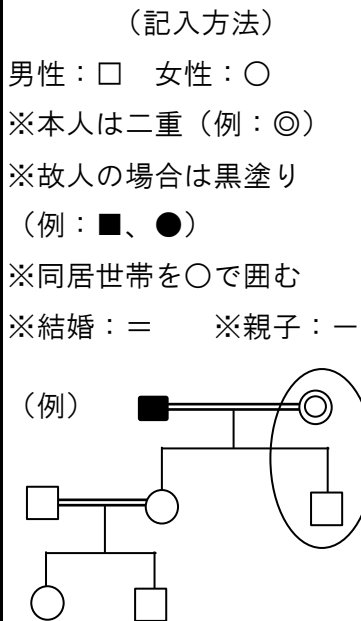
**【主たる介護者の状況】**

該当する事項「□」内にチェック（☑）を付けてください。必要事項は文章での記入をお願いします。

介護者（主にお世話をしている方）の有無		□ あり □ なし	
ふりがな		生年月日	大・昭・平 年 月 日
氏名		男・女	続柄
居住状況	□ 同居している □ 別居している		
住所	□ 申込代理人と同じ □ 申込代理人と別 〒 _____		
介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱（病名・入院歴など） <input type="checkbox"/> 障害者手帳など保持（障害名・等級） <input type="checkbox"/> 要介護状態（要支援 1・2 要介護度 1・2・3・4・5）		
就労状況	□ 終日就労 □ 半日程度（4時間以上） □ 無職		
育児状況	□ 育児を必要とする子供（未就学児）がいる（年齢 _____ : 計 _____ 名）		
介護状況	<input type="checkbox"/> 同居して介護をしている <input type="checkbox"/> 通い介護をしている（□ 近距離（車で約1時間以内） □ 遠距離）		
介護者以外の家族状況	<input type="checkbox"/> 申込者とは別に病弱の家族がいる（□ 自宅療養中 □ 入院中） <input type="checkbox"/> 申込者とは別に要介護状態の家族がいる（要支援 1・2 要介護度 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 申込者とは別に障害者手帳保持者がいる（身体障害者手帳をお持ちの方は障害名と等級をご記入ください）		
これまでの介護期間	在宅で	_____年 _____月頃から申込者の介護をしている □ 3年以上 □ 2年以上 □ 1年以上 □ 1年未満	
	施設で	_____年 _____月頃から □ 5年以上 □ 3年以上 □ 2年以上 □ 1年以上	

主たる介護者の状況

**【家族の構成図】**



\*上記、要介護状態の家族、障害者の方は構成図内にわかるように記載をお願いいたします。

ありがとうございました。

お願い

この申込書・調査票は入所検討委員会の資料として使うものです。申込書・調査票のみで入所の可否・時期が決定するものではありません。また、申込書・調査票の記載については介護支援専門員に相談して記載していただいても結構です。なお、内容について不明な部分がありましたら、施設よりお問い合わせします。また、担当の介護支援専門員、若しくは入院、入所している施設にご質問させていただくこともありますのでよろしくお願いします。