

特別養護老人ホーム阿久比一期一会荘入所申込書

特別養護老人ホーム阿久比一期一会荘 施設長 様

| | | | |
|-------------|---------------------|--------------|-----------|
| 入所希望者 | | 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 整理番号 | | 受付者氏名 | |
| フリガナ | | 保険者 | |
| 氏名 | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 要介護度 (特例) | 3 ・ 4 ・ 5 |
| 性別 | 男 ・ 女 | | (1 ・ 2) |
| 認定有効期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |
| 現住所 | 〒 自宅電話番号 (- -) | | |
| 給付制限 | | | |
| 認定審査会 意見 | | | |

注：介護保険証の内容を転記してください。

申込代理者兼連絡先（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）

| | | | |
|------|---------------------------------------|---------------|--|
| フリガナ | | 入所希望者 との続柄 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 自宅電話番号 (- -) 携帯電話番号 (- -) | | |

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。

在宅の方は現在契約している居宅支援事業所、入院・入所中の方は入院・入所中の施設名をお書きください。 無い場合「無し」とお書きください

| | | |
|-------------|--------------|-----|
| 事業所名 施設名 | | 担当者 |
| | 電話番号 (- -) | |

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。 |
| 令和 年 月 日 氏名 印 |

事務処理欄（記入不要）

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| 受付方法 : 来荘・郵送・ | 入所基準 : 基準 ・ 特例 |
| 受付簿記入者 : | 受付簿記入日 : 令和 年 月 日 |
| 特例事由市町村確認 : 令和 年 月 日 該当 ・ 非該当 | |

特別養護老人ホーム阿久比一期一会荘入所調査票

該当するものすべてにレ印をつけてください。 記入例☑

| | | | | | |
|--------------|---|----|---|--------------|--|
| 現況 | <input type="checkbox"/> 現に住む家がない <input type="checkbox"/> 家が狭い、住宅改修ができない <input type="checkbox"/> 現在ひとりで生活している <input type="checkbox"/> 自宅で家族と生活している 同居者 () <input type="checkbox"/> 老人保健施設や医療機関に入所・入院している いつから入所・入院しているかをお書きください。また、何回か転院している場合は回数と期間をお書きください。 () | | | | |
| 希望事項 | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="300 757 403 913">時期</td> <td data-bbox="403 757 1385 913"> <input type="checkbox"/> 早急に入所したい <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 半年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以上先に入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月以降に入所したい <input type="checkbox"/> 早急にはないが安心のために申込をしたい </td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 913 403 1686">申込理由・入所を急ぐ理由</td> <td data-bbox="403 913 1385 1686"> <input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴など日常生活全般に介助が必要である <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 介護者がいない、介護者が入院などで介護ができない <input type="checkbox"/> 5 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居のため介護が困難 <input type="checkbox"/> 6 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 7 介護保険の限度額を超えてサービスを利用し、経済的負担が重い <input type="checkbox"/> 8 介護保険の利用者負担（一割負担など）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"/> 9 その他の理由 具体的に () ----- （要介護1・2の場合は以下の項目に該当する項目に☑印をご記入ください） <input type="checkbox"/> 10 認知症、知的障害、精神障害等により、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等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 11 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 12 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由 具体的に () </td> </tr> </table> | 時期 | <input type="checkbox"/> 早急に入所したい <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 半年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以上先に入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月以降に入所したい <input type="checkbox"/> 早急にはないが安心のために申込をしたい | 申込理由・入所を急ぐ理由 | <input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴など日常生活全般に介助が必要である <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 介護者がいない、介護者が入院などで介護ができない <input type="checkbox"/> 5 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居のため介護が困難 <input type="checkbox"/> 6 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 7 介護保険の限度額を超えてサービスを利用し、経済的負担が重い <input type="checkbox"/> 8 介護保険の利用者負担（一割負担など）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"/> 9 その他の理由 具体的に () ----- （要介護1・2の場合は以下の項目に該当する項目に☑印をご記入ください） <input type="checkbox"/> 10 認知症、知的障害、精神障害等により、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等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 11 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 12 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由 具体的に () |
| 時期 | <input type="checkbox"/> 早急に入所したい <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に入所したい <input type="checkbox"/> 半年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 1年以上先に入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月以降に入所したい <input type="checkbox"/> 早急にはないが安心のために申込をしたい | | | | |
| 申込理由・入所を急ぐ理由 | <input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴など日常生活全般に介助が必要である <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 介護者がいない、介護者が入院などで介護ができない <input type="checkbox"/> 5 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居のため介護が困難 <input type="checkbox"/> 6 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 7 介護保険の限度額を超えてサービスを利用し、経済的負担が重い <input type="checkbox"/> 8 介護保険の利用者負担（一割負担など）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"/> 9 その他の理由 具体的に () ----- （要介護1・2の場合は以下の項目に該当する項目に☑印をご記入ください） <input type="checkbox"/> 10 認知症、知的障害、精神障害等により、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等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 11 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 12 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由 具体的に () | | | | |
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームはこの施設だけに申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる(予定も含む)。 施設名 () | | | | |
| 自由記載欄 | 介護上での悩み、現在かかっている医療の内容、経済困窮状態など、自由に記載ください。 | | | | |

※ 施設利用者の方は、施設職員へ、在宅被保険者の方はケアマネージャーへご確認ください。

| | | | | |
|------|----------|--|----------------|----------------------|
| 身体状況 | 視力 | 普通 ・ 見えにくい ・ 見えない ・ 不明 | | |
| | 聴力 | 普通 ・ 聴こえにくい ・ 聴こえない ・ 不明 | | |
| | 発語 | 普通 ・ やや不自由 ・ 不自由 ・ 発語なし | | |
| | 身長 | c m | 体重 | kg |
| | 理解力 | こちらの意思が通じる ・ たまに通じる ・ 不明 | | |
| | 認知症 | 無・有 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ |
| | 行動・心理症状 | 無 ・ 有 (有の場合は下記の該当する項目に○をつけてください。複数回答可) 徘徊 ・ 不潔行為(おむつはずし・弄便行為) ・ 幻覚幻聴 暴言暴力 ・ 介護抵抗拒否 ・ 異食行為(食べ物でないものを食べてしまう) ・ 妄想 ・ 独語 ・ 自傷行為 ・ 昼夜逆転 ・ 感情失禁 ・ 大声で叫ぶ ・ 収集癖 ・ 興奮 その他() | | |
| 生活状況 | 移動方法 | 歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 ストレッチャー | | |
| | 移乗介助 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 | | |
| | 食事形態 | 主食：米飯 ・ 粥 ・ ミキサー 副食：普通 ・ 一口刻み ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー | | |
| | 水分 | そのまま飲める ・ トロミを付けている | | |
| | 食事介助 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 | | |
| | 使用具 | 箸 ・ スプーン ・ フォーク | | |
| | 咀嚼(噛み砕き) | 良好 ・ 不良 ・ 出来ない | | |
| | 嚥下(飲み込み) | 良好 ・ たまにむせる ・ よくむせる | | |
| | 義歯(入れ歯) | 無 ・ 上下 ・ 上のみ ・ 下のみ | | |
| | 入浴方法 | 一般浴 ・ 座浴 ・ 寝浴 ・ その他 | | |
| | 入浴介助 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 | | |
| | 排泄 | 日中 : トイレ・ポータブルトイレ・尿器・ベッド上交換 / リハパン・オムツ 夜間 : トイレ・ポータブルトイレ・尿器・ベッド上交換 / リハパン・オムツ | | |
| | 排泄介助 | 自立 ・ 見守り ・ 声掛け ・ 一部介助 ・ 全介助 | | |
| | 衣服の着替え | 自立 ・ 見守り ・ 声掛け ・ 一部介助 ・ 全介助 | | |
| 健康状況 | 現疾患 | | | |
| | 病歴(発症年) | | | |
| | 医療の状況 | 服薬管理 ・ インシュリン ・ 人工肛門 ・ 吸引 ・ 酸素カテーテル ・ 経管栄養(胃ろう・経鼻) ・ その他() | | |
| | 褥瘡 | 無 ・ 有(部位) | | |
| | 感染症 | 無 ・ 有(感染症名) | | |

該当するものすべてにレ印をつけてください。 記入例

| | | | |
|-----------|---|---|----------------------------------|
| 主たる介護者の状況 | 介護者の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | フリガナ | | |
| | 氏名 | 男・女 | 生年月日 年齢 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| | 居住状況 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (同居の場合は記載不要です) 住所 | |
| | 介護者の就労関係・育児状況 | <input type="checkbox"/> 終日就労 <input type="checkbox"/> 半日程度(4時間以上) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 育児を必要とする子どもがいる (具体的な年齢と人数) | |
| | 介護者の健康状況 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 障害者手帳保持 <input type="checkbox"/> 要介護状態 病弱な場合・病名入院歴などをお書きください 身体障害者手帳をお持ちの方は障害名と等級をお書きください 要介護状態の方は、要介護度をお書きください () | |
| | 介護者以外の同居家族状況 (いる場合に記入) | <input type="checkbox"/> 申込者とは別に病弱者の家族がいる (<input type="checkbox"/> 自宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中) <input type="checkbox"/> 申込者とは別に要介護状態の家族がいる (要介護度) <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お書きください) () | |
| これまでの介護期間 | 在宅で <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 (年 月頃から申込者の介護をしている) 施設で <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 (年 月頃から入院・入所している申込者の介護をしている) | | |

| | | |
|-----------|--------------|--|
| 入所希望者の配偶者 | 有 ・ 無 | |
| 入所希望者の子供 | 有 ・ 無 人数(人) | |
| 住環境 | 区分 | <input type="checkbox"/> 持ち家 階 (EV 有・無) <input type="checkbox"/> 借家 階 (EV 有・無) |
| | 住宅改修 | <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 ・ <input type="checkbox"/> 済み () |
| | 立地等 | 住宅サービス利用に問題 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (送迎・訪問・その他) |

介護支援専門員と相談して調査票を作成した場合方は下記へご署名下さい。

| |
|-----------|
| 事業所名 |
| 電話番号 |
| 介護支援専門員氏名 |

申込書・調査票でご不明のことがありましたら、遠慮なく施設の相談員に、お問い合わせください。この申込書・調査票とともに介護保険被保険者証の写しをご提出ください。

この申込書・調査票は、入所判定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。