

(様式1)

特別養護老人ホーム入居申込書

No.

申込日 令和 年 月 日

受付日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム

夢眠さくら 施設長 様

【申込者】

住所	〒	本人との 関係
ふりがな 氏名		様
電話番号		

貴施設へ入所したいので、つぎのとおり申し込みます。

本人の 状況	ふりがな 氏名	様	男 ・ 女	保険者	
	生年月日	大 昭 年 月 日 生	歳	被保険者番号	
	住所	〒	介護認定 期 間	要介護度	1・2・3・4・5
	介護保険負担限度額認定証	なし ・ あり(段階)			
	現在の 居 所	1、ご自宅 2、施設 3、病院 4、その他() (名称: 担当者: いつから:)			
	心身の状況	1、障害有(障害の種類 ・ 級) 2、なし			
	現在利用している在宅サービスの状況 ※現在施設に入所されている方は、在宅生活時に利用していたサービスをご記入ください。				
	・訪問介護 月に()時間程度 ・デイサービス 月に()日程度 ・訪問入浴 月に()回程度 ・ショートステイ 月に()日程度 ・訪問看護 月に()回程度 ・その他 () ・福祉用具貸与 品目()				
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)の利用		1、利用している 2、利用していない。 (事業所名 ケアマネージャ名)		
	入所を希望する理由		1.主たる介護者 ①いない(音信不通を含む) ②長期入院、施設入所によりいない 2.主たる介護者がいるが介護が困難(複数回答あり) 理由 ①高齢 ②障害者 ③複数の介護者がいる ④就業 ⑤育児 3.地域の介護サービス等に不足がある(複数回答あり) ① 夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③ 常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 4. その他の詳細状況		

要介護1又は2の方のみ

【特例入所の要件

- ア、認知症であるものであって、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みられること。
- イ、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等が頻繁にみられること。
- ウ、家族等による深則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こと。
- エ、単身世帯である、同居家族が高齢又は病韓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こと。

詳細状況(どのような事情で介護が困難か具体的にご記入ください。)

(様式2)

特別養護老人ホーム 夢眠さくら
入所希望者状況報告書

入所 希望者名:

様

身体 の 状 況				
治療中の病気等	なし。 あり()			
これまでに かかった病気				
身体等 の 状 況	視覚	1、普通 2、やや悪い 3、物の形がぼんやり見える 4、まったく見えない		
	聴覚	1、普通 2、やや悪い 3、耳元で大声 4、全く聞こえない ※補聴器(有・無)		
	言語	1、普通 2、聞き取りにくい 3、発音のみ 4、まったく話せない		
	記憶	1、年齢相応 2、時々忘れる 3、ほとんど忘れる		
	意思疎通	1、通じる 2、ある程度通じる 3、通じにくい 4、通じない		
	麻痺	無 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ その他()		
	拘縮	無 ・ 肩関節 ・ 肘関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ 足関節 ・ 手指		
日 常 生 活 動 作 能 力	全体的 動作	1、外出できる 2、家の中なら動ける 3、起きられるがあまり動けない 4、寝たきり・ほぼ寝たきり		
	移動	1、歩行できる (独歩 ・ つたい歩き ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ その他)		
		2、歩行できない (車椅子 ・ リクライニング車椅子 ・ その他:)		
		1、一人で行動できる 2、見守り、声掛けがあれば一人でできる 3、付き添いなど介助が必要 4、はう 5、全面介助		
	食事	1、自立 2、見守り・声掛けが必要だが一人でできる 3、全面介助 ○主食 (普通 ・ おかゆ ・ ペースト) ○副食 (普通 ・ 一口大 ・ キザミ食 ・ ペースト)		
	えん下	1、むせる 2、時々むせる 3、むせない		
	義歯	1、なし 2、あり (全部 ・ 一部 ・ 有るが使用せず)		
	更衣	1、自立 2、指示すれば可 3、見守り、声掛けが必要だが一人でできる 4、ズボンの上げ下げなど一部介助があればできる 5、全面介助		
入浴	1、自立 2、ほぼ普通にできるが見守りが必要 3、なんらかの介助が必要 4、全面介助 ※入浴方法 (一般浴 ・ 機械浴 ・ その他:)			
排泄	1、自立 2、便器まで介助 3、部分介助 4、全面介助 5、(バルン ・ ストマ) ・(布パンツ ・ 紙パンツ ・ 尿パット ・ オムツ) (夜のみ ・ 昼夜共)使用			
医療行為	1、経管栄養 2、胃ろう 3、インシュリン 4、気管切開 5、吸引 6、点滴 7、ストマ 8、バルンカテーテル留置 9、褥瘡 (箇所:) 10、服薬 11、その他 ()			
認知症による 周辺症状 (該当するところ にチェックして ください)		頻回にみられるもの (週に1回以上)	時々みられるもの (月に1回以上)	なし
	1. 徘徊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 外出して戻れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 被害的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. 大声を出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. 介護に抵抗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. 収集癖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. 一人で出たがる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. 昼夜逆転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. 作話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. 感情が不安定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. 同じ話をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. 落も着きなし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	