

(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		
				被保険者番号		
	生年月日	大 昭 年 月 日生 歳		要介護度		1・2・3・4・5
	住 所	〒	介護認定 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
	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				

介護者の状況	主たる介護者	・有 「有」の場合は右欄に記入	ふりがな		性別	本人との関係
			氏 名		男 女	
		生年月日	大 昭 年 月 日生 歳			
		下記の該当項目に○してください				
		同居別居 の別	・同居 ・別居（住所： ）			
		健康状態	・良好 ・不良（ ）			
		育児介護の状況	・有（ 人 歳） ・無			
		複数の介護をしている。	・有（ 人 その方の要介護度 ） ・無			
	就労の状況	・有（ 常勤 パート ） ・無				
	従たる介護者	・有 「有」の場合は右欄に記入	ふりがな		性別	本人との関係
			氏 名	様	男 女	
		下記の該当項目に○してください				
		同居別居 の別	・同居 ・別居（住所： ）			
	・無	・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能				
介護期間		年 ヶ月				
その他	入所を希望	・今すぐ入所したい				
	する時期	・ 年 月頃には入所したい				
	申込をしている施設名	施設名：	所在：			
		施設名：	所在：			
		施設名：	所在：			
施設名：		所在：				
待機期間		年 ヶ月				
説明確認	私は、入所決定の手続き及び入所の可能性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 また、特例入所の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏 名：					
※被保険者証(写)、サービス利用表(写)及びサービス利用表別表(写)(概わね直近3か月分)を添付してください。 ※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。 ※申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。						
【ご家族ご連絡先】						
住所	〒					
ふりがな 氏 名		本人との関係				
電話番号						

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 ・ おかず ・ 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	☐	☐	☐
		2. 外出して戻れない	☐	☐	☐
		3. 被害的	☐	☐	☐
		4. 大声を出す	☐	☐	☐
		5. 介護に抵抗	☐	☐	☐
		6. 収集癖	☐	☐	☐
		7. 一人で出たがる	☐	☐	☐
		8. 物や衣類を壊す	☐	☐	☐
		9. 昼夜逆転	☐	☐	☐
		10. 作話	☐	☐	☐
		11. 感情が不安定	☐	☐	☐
		12. 同じ話をする	☐	☐	☐
		13. 落も着きなし	☐	☐	☐
		14. ひどい物忘れ	☐	☐	☐
		15. 独り言・独り笑い	☐	☐	☐