

受付日	申込方法	受付者	備考
平成 年 月 日	面接・持参・郵送・FAX CM・包括(在支)経由・( )		

## 特別養護老人ホーム嘉祥園入所申込書

併願希望< 青葉の里 ・ GH嘉祥園ひなた >

### ●身元引受人(家族等)記入欄

申込日：平成 年 月 日

住 所	〒 _____		
(フリガナ) 氏 名	入所希望者との続柄		
	電話番号	自宅： _____ 携帯電話等： _____	

### ●入所希望者について

(フリガナ)				性 別	男 ・ 女	
氏 名				住 民 登 録 地	市・区・町・村	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)					
住 所	〒 _____			電 話 番 号	( )	
健康保険	種 別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
年金等	種 別	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (※障害認定を受けている場合は、( )の中もお書きください。 (判定 種 級 ・ 年 月 日認定)					
介護保険				※なるべく介護保険被保険者証の写しを添付してください。		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 *申請中の場合(申請日：平成 年 月 日)					
	<認定有効期間> 年 月 日～ 年 月 日(認定日 年 月 日)					

### 家族・世帯状況について

氏 名	続柄	住 所	備 考
( 歳)		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居：	<input type="checkbox"/> 介護可 <input type="checkbox"/> 介護不可 ( )
( 歳)		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居：	<input type="checkbox"/> 介護可 <input type="checkbox"/> 介護不可 ( )
( 歳)		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居：	<input type="checkbox"/> 介護可 <input type="checkbox"/> 介護不可 ( )
( 歳)		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居：	<input type="checkbox"/> 介護可 <input type="checkbox"/> 介護不可 ( )
( 歳)		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居：	<input type="checkbox"/> 介護可 <input type="checkbox"/> 介護不可 ( )



身体状況	転倒・転落の危険性	①歩行の方について ・歩行の状態： <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・転倒危険性： <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない ②車椅子の方について ・車いすから立ち上がって(ずり落ちて)転倒・転落する危険性： <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない ③寝たきりの方について ・ベッドから転落する危険性： <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
	視力	<input type="checkbox"/> ①普通 <input type="checkbox"/> ②やや悪い <input type="checkbox"/> ③人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> ④ほとんど見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> ①普通 <input type="checkbox"/> ②やや悪い <input type="checkbox"/> ③大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ④ほとんど聞こえない
	言語	<input type="checkbox"/> ①普通 <input type="checkbox"/> ②聞き取りにくい <input type="checkbox"/> ③聞き取れない
	その他	(補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。)
	医療状況	<input type="checkbox"/> ①経鼻栄養 <input type="checkbox"/> ②胃瘻 <input type="checkbox"/> ③カテーテル <input type="checkbox"/> ④人工肛門 <input type="checkbox"/> ⑤インシュリン <input type="checkbox"/> ⑥在宅酸素 <input type="checkbox"/> ⑦その他 ( )

認知症・精神上の状況	症状 ※該当するすべてにチェック☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 破壊 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 不安焦燥感 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 破壊行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 人物誤認 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> その他 ----- -----
------------	------------------------------	--

介護者の状況 ※主な介護者一人について	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、若しくは家族等がいても疎遠であるなど、介護するものがない	<input type="checkbox"/> ア. ひとり暮らしで親せきがない <input type="checkbox"/> イ. 要介護者だけの世帯 <input type="checkbox"/> ウ. その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院中などの状況により、事実上介護が不可能	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が長期入院または入所中 <input type="checkbox"/> イ. 介護者が遠方(住所: )に在住 <input type="checkbox"/> ウ. その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有する <input type="checkbox"/> イ. 介護者が年少者 ( 歳) <input type="checkbox"/> ウ. その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が要支援状態 <input type="checkbox"/> イ. 介護者が高齢者 ( 歳) <input type="checkbox"/> ウ. その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が複数の人を介護している <input type="checkbox"/> イ. 介護者が育児を行っている <input type="checkbox"/> ウ. その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、就業しているため、十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が一人しかおらず、かつ常勤就業している <input type="checkbox"/> イ. 介護者がパート就業による時間的拘束があり、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> ウ. その他 ( )

その他の特別な状況	<input type="checkbox"/> ①在宅生活が困難と認められる認知症状による行動障害がある	<input type="checkbox"/> ア. 自傷・他害行為がある <input type="checkbox"/> イ. 不潔行為がある <input type="checkbox"/> ウ. 常時、徘徊行動がある <input type="checkbox"/> エ. その他 ( )
	<input type="checkbox"/> ②上記以外で、特に在宅生活が困難な場合(または介護者の負担が著しく大きな場合)は、その状況についてご記入ください。	(具体的に記入・別紙にて可)
居室の希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 (2～4人部屋) <input type="checkbox"/> どちらでもよい	
その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年先ぐらいには入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要時に入所したい
	他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設 ( <input type="checkbox"/> 霧島市内・ <input type="checkbox"/> 霧島市外) にも申し込んでいる。 ⇒施設名 ( )
<p>次の場合には、当施設の保管する入所申し込みに関する情報が提示されること同意します。</p> <p>・鹿児島県または霧島市から情報提供を求められた場合の当該機関に対する提示。</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名 _____ 印</p>		

《お願い》

- 1) 入所希望者の要介護度や介護者等の状況など、本入所申込書の記載事項とに変更があった場合、入所希望者が死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設にご連絡ください。
- 2) 認知症の行動障害や医療管理については、対応できない場合がありますので、事前にご相談ください。
- 3) 施設概要・設備・料金等については事前に確認ください。
- 4) この申込書は入所希望者の状態等を把握するためのものです。入所の決定に当たっては、入所希望者の入所の必要性和施設側の受入れ体制を検討したうえで、入所検討委員会で決定されます。

《説明確認欄》

私は、入所申込に際し、入所申込から入所契約までの手続きおよび入所順位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 (続柄: \_\_\_\_\_)