

特別養護老人ホーム嘉祥園 入所申込書

受付日	年 月 日
-----	-------

嘉祥園施設長 殿

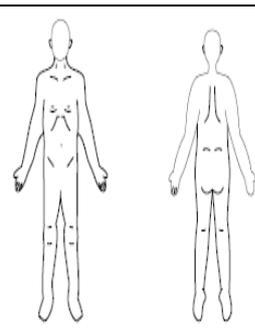
申込み代理人（手続きを行った方：家族等）

ふり 氏	がな 名		続 柄	
住 所		〒 TEL（自宅） （携帯）		

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。（入所申し込み希望者）

ふり 氏	がな 名		男・女	T・S	年 月 日生	（ 歳）	
住 所							
入所を希望する理由 ※該当するものすべてを選んでください	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 （理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護困難：排泄、入浴、移動、着替え、食事等全般の援助が困難 （理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 多少介護：排泄、入浴、移動、着替え、食事等のうち2つ程度の援助ならば可能 （理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 ※就労時間（1日あたり）： <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 （理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
家族の状況	氏 名 <small>主介護者は□にレ印</small>	続柄	年齢	職 業	同居別 居の別	(別居の場合) 住 所	電話番号
	□						
	□						
	□						
	□						
主介護者について	健康状態は?： <input type="checkbox"/> 疾病（ _____ ） ・ <input type="checkbox"/> 健康 育児や家族の看病がありますか?： <input type="checkbox"/> 常時 ・ <input type="checkbox"/> 半日程度 ・ <input type="checkbox"/> 臨時 介護の協力者はいますか?： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時(週1～3日程度)あり（氏名 _____ 続柄 _____ ） <input type="checkbox"/> 常時(週4日以上)あり（氏名 _____ 続柄 _____ ）						
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 ごろまでに <input type="checkbox"/> 先々を考えての申し込み		申し込み 状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる （他の施設名） _____			
併願希望	同法人内 特別養護老人ホーム 青葉の里への入所申込み併願希望 （ 有 ・ 無 ）						

入所申し込み希望者の状況

ふりがな						
氏名						
介護保険 認定	保険者（市町村）：					
	要介護度状態区分： 現在の要介護状態区分（ ） 前回の要介護状態区分（ ）					
	認定の有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日					
	介護保険被保険者番号：					
医療保険	高齢者医療・その他（ ）		身体障害者手帳：有（ 種 級：障害名 ） ・無			
主治医	医療機関名：		医師氏名：			
心身状態について	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿意便意(有・無)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> リフト浴槽 <input type="checkbox"/> 寝台浴槽
		<input type="checkbox"/> 歩行(1点杖・多点杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(普通・特殊)(借・私物)		<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他		<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他
	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する <input type="checkbox"/> A 準寝たきり 屋内での生活は概ね充実しているが、介助なしには外出しない <input type="checkbox"/> B 寝たきり1 屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベッド上の生活が主であるが座位は保つ <input type="checkbox"/> C 寝たきり2 1日中ベッド上で過ごし排泄・食事・着替えにおいて介助を要す				
	自立日常生活の程度	<input type="checkbox"/> I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的に自立している <input type="checkbox"/> II 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さは多少見られても誰かが注意していれば自立可能 <input type="checkbox"/> III 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ介護を必要とする <input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ常に介護が必要 <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体状態が見られ、専門医療を必要とする				
	認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状がある <input type="checkbox"/> 落ち着きなく歩き回る <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不潔行為(排泄物をいじるなど) <input type="checkbox"/> 妄想(物を盗られたなど) <input type="checkbox"/> 介護拒否(入浴、着替えなど) <input type="checkbox"/> 幻覚(現実にはないものが見える) <input type="checkbox"/> 不穏(いらいらしている) <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(ふさぎこんでいる) <input type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口にする) <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> 記憶障害(忘れっぽい) <input type="checkbox"/> その他 ()				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事(大盛・普通・小盛)で約()/10 主食(常食・3分粥・5分粥・全粥・ペースト) 副食(常食・軟食・刻み・中間刻み・極刻み・ペースト) 特別食(減塩 g・糖尿食 Kcal) 経管栄養(経鼻・胃ろう・その他)				
申し込み理由・経緯	現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 【利用しているサービス】 種別：① 頻度：週 回 ② 頻度：週 回 ③ 頻度：週 回 その他 _____ 【在宅サービス利用率】 _____ % (直近3ヶ月の平均)			〈障害部位〉 △障害 ×欠損 ●褥瘡部位 身長 cm 体重 kg		
	<input type="checkbox"/> 施設(施設名：) (いつから：) <input type="checkbox"/> 病院(病院名：) (いつから：) <input type="checkbox"/> その他 ()			【特記事項】		
ケアマネジャー	事業所名：			連絡先	()	
	氏名：					

収入等	ご本人	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 他()年金 約¥ /2ヶ月	
		<input type="checkbox"/> 生活保護受給 ¥ /1ヶ月	
	配偶者	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 他()年金 約¥ /2ヶ月	
		その他()約¥ /1ヶ月	
支払い方法	<input type="checkbox"/> ご本人様年金 <input type="checkbox"/> ご本人様預金 <input type="checkbox"/> 配偶者年金 <input type="checkbox"/> ご家族負担 <input type="checkbox"/> その他()		
成年後見人制度	有() ・ 無		
居室希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> ①多床室(4人部屋) <input type="checkbox"/> ②多床室(2人部屋)		
職歴	期間 例) □年間	例) △△会社勤務(営業)	
現病歴	<現在、療養中の病気・ケガ・特記事項など>		
入院歴 入所歴	期間	病名/理由	医療機関名・施設名
	/ / ~ / /		
	/ / ~ / /		
	/ / ~ / /		
性格	ア. 朗らか イ. 親しみやすい ウ. 几帳面 エ. こり性 オ. 自分のことを気にしやすい カ. 他人との交流が苦手 キ. 好き嫌いが多い ク. わがまま ケ. 頑固 コ. 短気 サ. 無口 シ. 融通が利かない		
対人関係	ア. 拒否的である イ. 普通 ウ. 協調的		
趣味	若い頃の趣味:	習い事:	
	60歳過ぎてからの趣味:		
食生活	好き嫌い: 有() ・ 無	アレルギー: 有() ・ 無	
嗜好品	タバコ: 吸う(本/日) ・ 吸わない	酒: 飲む(/日) ・ 飲まない	
面会状況	入所後の面会可能頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に2~3回 <input type="checkbox"/> 週に1回 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 月1回以下	
家族図	※男性→□ 女性→○ ご本人→◎ 同居→○で囲む 死去→黒塗り		特記欄

※本申込書提出時は、「介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証・主治医意見書」の写しを添付して下さい。

同意書

特別養護老人ホーム嘉祥園 施設長 殿

貴施設に入所を希望するため、申し込みます。
貴施設が入所判定に使用する目的等で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。

令和 年 月 日

入所申込者氏名 _____ 印 _____

家族等氏名 _____ 印 (続柄: _____)

入所申込者が要介護度1・2の場合

特例入所の申立

居宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。

- 認知症である者であって、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等が頻繁に見られる。
- 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。

※具体的状況

[_____]

担当介護支援専門員記入欄

意見等

特例入所の要件（※要介護1・2の場合のみ）に該当するかや、入所の必要性、緊急性などの意見を記入してください。

※要介護1・2の方の「特例入所」の要件

- ① 認知症である者であって、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見られる。
- ② 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見られる。
- ③ 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。
- ④ 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。

施設記入欄