

(様式1)

特別養護老人ホーム 玉の緒 入所申込書 (その1)

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 玉の緒 施設長 様

【申込者】 \*電話番号は日中連絡の付きやすい電話をご記入ください

住所	〒		
ふりがな			本人との関係
氏名			
電話番号	固定( )	携帯( )	

特別養護老人ホーム 玉の緒へ入所を希望しますので次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	ふりがな		性別	保険者名 <small>(広域圏組合・市町村)</small>							
	氏名		男・女	被保険者番号							
	生年月日	大・昭 年 月 日 ( 歳)	要介護度	1・2・3・4・5							
	住所	〒	介護認定 有効期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
	担当ケアマネージャー	事業所( ) 氏名( )									
	現在利用している 在宅サービスの 状況  (月・週あたりの回数な ど具体的に記入してくだ さい)	1 訪問介護 (月 回 )	2 訪問入浴介護 (月 回 )	3 訪問看護 (月 回 )	4 訪問リハビリテーション (月 回 )	5 通所介護 (月 回 事業所 )	6 通所リハビリテーション (月 回 事業所 )	7 短期入所生活介護 (月 回 事業所 )	8 短期入所療養介護 (月 回 事業所 )	9 病院・老健・その他施設 ( )	10 その他 ( )
	入所を 希望する 理由	1 介護者がいないため 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため 5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため 6 介護保険施設(特養・老健)に入所しているが替わりたい 7 その他 ( ) [具体的理由]									

特別養護老人ホーム 玉の緒 入所申込書 (その2)

本 人 の 状 況	施設等入所中・入院中 の場合		施設名(病院名)		
			所在地		
			入所または入院期間		
	医療的措置 (該当するもの全てを 選んでください。)		1 カテーテル      2 ストマ(人工肛門)      3 経管栄養      4 酸素療法 5 インシュリン注射      6 疼痛看護      7 皮膚疾患 8 その他 ( )		
	既往症 (現在の病気も含む)		病名( ) 入院・受診時期( 年 月 ~ 年 月 ) 病名( ) 入院・受診時期( 年 月 ~ 年 月 ) 病名( ) 入院・受診時期( 年 月 ~ 年 月 )		
	認知症による 不適応行動 (下記から選んで該当数 字を記入してください)		非常に多い ( ) やや多い ( ) 少しあり ( ) なし		
	具体的行動障害 (該当する状態がありま したら番号を○で囲んで ください)		1:徘徊 2:外出して戻れない 3:被害妄想 4:作話 5:感情不安定 6:昼夜逆転 7:同じ話をする 8:大声を出す 9:介護抵抗 10:帰宅願望 11:1人で出たがる 12:収集癖 13:物や衣類を壊す 14:ひどい物忘れ 15:独り言・独り笑い 16:自分勝手な行動 17:幻覚・幻聴 18:その他( )		
	身体 の 状 況		移動	1 自立      2 補助具により可(杖・シルバーカー・歩行器)      3 歩行補助 4 車椅子使用      5 その他( )	
			食事	1 自立      2 見守り      3 一部介助      4 全介助	
				主食	a 普通      b 粥      c ペースト      d 流動食(経口・経管)
副食			a 普通      b 一口大      c 刻み      d ペースト		
排泄			1 自立      2 見守り      3 一部介助      4 全介助 (a ポータブルトイレ使用      b 尿・便器使用      cリハビリパンツ      c おむつ使用)		
入浴			1 自立      2 見守り      3 一部介助      4 全介助		
更衣			1 自立      2 見守り      3 一部介助      4 全介助		
視力			1 普通      2 やや悪い      3 悪い      4 ほとんど見えない      5眼鏡使用		
聴力			1 普通      2 やや悪い      3 悪い      4 ほとんど聞こえない      5補聴器使用		
言語			1 普通      2 聞き取りにくい      3 ほとんど話せない		
理解力	1 普通      2 やや低下      3 低下				
麻痺	無      有 ( 右 ・ 左      手 ・ 足 )				
その他 (特にあれば 記入してください。)		[障害者関係手帳(身体・知的・精神) 等級等の程度]取得年月日      [難病認定 ]			

特別養護老人ホーム 玉の緒 入所申込書 (その3)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者 (キーパーソン)	ふりがな		性別	本人との関係	
		氏名				
		生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居(住所 )			
介 護 期 間	従たる 介護者	ふりがな		性別	本人との関係	
		氏名				
		同居の区分	1 同居 2 別居(住所 )			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
介 護 期 間	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態	
	有 (常勤・パート)	有 ( 人 歳)	良好 不良 ( )			
			主たる介護者の家族の健康状態			
	無	無	良好 不良 ( )			
そ の 他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 令和 年 月頃までには入所したい				
	申込状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:				
	待機期間	年 月				
他	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	ア 認知症である方であって、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。 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見られる。 ウ 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難と認められる。 エ 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な状況であると認められる。				
説明確認	私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要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。 令和 年 月 日 氏名 _____					

※1 認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。

※2 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。

※3 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。