

特別養護老人ホーム炉暖の郷 入所申込書

令和 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日	令和 年 月 日
-------	----------

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏名	性別		男・女				
	生年月日		明・大・昭 年 月 日 (歳)				
住所	〒 ()		電話 () -				
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者 番号				
要介護 認定等の 状況	要介護度	申請中 1 2 3 4 5					
	認定年月日	令和 年 月 日					
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
認知症の 状況	認知症状	有・無	認知症日常生活自立度	自立 I	IIa	IIb	IIIa IIIb IV M
	具体的な症状						
現在の 状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 【施設等の名称: _____】 【退所予定の有無: 無・有(退所予定時期: 年 月 日)】						
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい 2. 6か月以内には入所したい 3. 将来的には入所したい						

◎家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏名		続柄	
住所	〒 ()	電話	<input type="checkbox"/> 昼間 () <input type="checkbox"/> 夜間 -
		携帯	<input type="checkbox"/> 昼間 () <input type="checkbox"/> 夜間 -

○介護協力者の連絡先

(フリガナ) 氏名		続柄	
住所	〒 ()	電話	<input type="checkbox"/> 昼間 () <input type="checkbox"/> 夜間 -
		携帯	<input type="checkbox"/> 昼間 () <input type="checkbox"/> 夜間 -

担当ケア マネジャー	氏名		
	事業所名		電話 () -
主治医	氏名		
	病医院名		電話 () -

(裏面以降も記入してください)

2 介護の困難性

該当する項目 1つに○をつ けてください	1	・ひとり暮らし（介護者が日常生活圏域にいない） ・同居の家族全員（未成年者を除く）が要介護状態、病気療養中若しくは障害を有するため介護が困難である
	2	・ひとり暮らし（介護者が日常生活圏域にいる）
	3	・上記以外の状況であるが在宅介護が困難である

*介護の困難性が『3』に該当する方は、下記(1)もしくは(2)にご記入ください

(1) 自宅で生活の場合、施設等に入所しているが退所が予定されている場合

ア	主介護者の年齢	歳 【生年月日：明・大・昭 年 月 日生】
イ	主介護者の 障害や疾病 (該当する番号に○) (必要事項を記入)	1. 要支援1以上の介護認定等を受けている又はそれと同程度の障害等があり介護が困難 2. 上記以外の状況であるが障害や疾病があり介護が困難 【 *介護が困難な状況（介護度・障害の等級・病名等）を記入してください 】 3. 障害や疾病はない
ウ	主介護者の就労 (該当する番号に○)	1. 8時間以上 2. 8時間未満 3. 就労していない
エ	他の家族の 育児・介護等 (該当する番号に○) (必要事項を記入)	1. 他の家族の育児・介護・看護等をしている 【 *育児等の状況（年齢・介護度・病名等）を記入してください 】 2. 他の家族の育児・介護・看護等はない
オ	他の介護協力者の有無 (該当する番号に○)	1. 協力者はいない 2. 協力者がいる
カ	過去の在宅介護期間 (該当する番号に○)	1. 2年以上 2. 2年未満 3. 在宅介護はない

※主介護者とは、同居中の者を指します

(2) 施設等に入所している場合

該当する項目 1つに○をつ けてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅又は法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設を除く。） 2. 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設又は病院
----------------------------	--

3 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記入してください）

○生活歴・病歴・入院歴など	○主介護者や家族の状況
○本人の状態（身体機能や認知症状など）	○経済状況など困っていることについて
	○施設見学及び事前説明を受けられましたか？ はい ・ いいえ

◎他に入所申込をしている施設（差し支えない場合は記入してください）

①特別養護老人ホーム 市内： 市外：	②介護老人保健施設 市内： 市外：
------------------------------	-----------------------------

◎介護者等の状況として、該当する項目1つに○をつけてください

（施設等に入所している場合を除く）

1. ひとり暮らしで、介護者がいない 2. 介護者が要介護状態、病气療養中又は障害を有することにより、介護が困難 3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 5. 複数人を介護しているため、介護が困難 6. 介護者が就労又は育児をしているため、介護が困難 7. 1から6まで以外の状態であるが、介護が困難

*入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ずご連絡ください

* * * 要介護 1、2 又は申請中の方は下記も記入してください * * *

要介護1又は2の方が入所するためには、下記①から⑤のいずれかに該当することが必要です。
ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください

- 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

*手帳交付の有無、障害の等級等を記入してください

- 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
- ⑤ 居宅サービス等の利用に関する状況などから、居宅において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がある

*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください

※やむを得ない事由について具体的な状況を、入所申込書裏面の「3 その他事項」欄に記載してください

介護保険	要 介 護 認 定	要介護 1 2 3 4 5					その他()
	認 定 年 月 日	令和 年 月 日					
	認 定 の 有 効 期 間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			
	介護保険負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割					
	被 保 険 者 番 号						
	担当ケアマネージャー名						
	居宅介護支援事業所名					TEL ()	ー
	介護保険負担限度額認定証	ある (食費: 円)					・ ない
利用中のサービス	①短期入所 ②通所介護 ③訪問介護 ④訪問看護 ⑤訪問診療 ⑥訪問入浴 ⑦その他() ⑧介護サービスを利用していない ⑨施設入所()						
手帳の種類	①身体障害者手帳 級 ②療育手帳(A・B) ③精神障害者保健福祉手帳 級						
年金の種類	①国民年金(老齢・障害・遺族) ②厚生年金(老齢・障害・遺族) ③恩給 ④その他() [年額 約 万円]						
医療保険証	①後期高齢者医療保険 ②国民健康保険 ③健康保険 ④生活保護受給						
日常生活動作	食 事 の 仕 方	①自立(箸・スプーン・フォーク・エプロンを使用する) ②一部介助(促せば食べる・見守り) ③全介助 ④経管栄養					
	食 事 の 種 類	主食	①米飯 ②おかゆ ③ペースト				
		副食	①常菜②きざみ(一口大・荒い・超)③ペースト				
	移 動	①自立歩行 ②一部介助(杖歩行・伝い歩き・見守り) ① 車椅子(自分で操作:可・不可) ④その他()					
	排 泄	①自立 ②一部介助 ③全介助 ④その他() 排泄アイテム(布パンツ・パット・リハビリパンツ・オムツ) [尿意: 有・無 , 便意: 有・無 , 失禁: 有・無]					
	入 浴	①一般浴(自立・一部介助・全介助) ②機械浴 ① その他()					
	身 体 状 況	①視力障害(眼鏡:有・無) ②聴力障害(補聴器:有・無) ③言語障害 ④麻痺及び拘縮(右半身・左半身) ⑤褥瘡() ⑥その他()					
精 神 状 況	①幻視・幻聴・妄想 ②暴言・暴行 ③徘徊 ④介護拒否 ⑤不潔行為 ⑥異食 ⑦性的問題行動 ⑧記憶・見当識障害 ⑨その他()						
他に申し込まれている(申込予定)施設がありましたら全てご記入ください。							
1. 特別養護老人ホーム ()							
2. 老人保健施設 ()							