

入居申込書

申込日 年 月 日

* 各施設によって入居対象者の条件が異なります。詳細は各施設のパンフレット等をご確認ください。

【 特別養護老人ホーム さじきの里 ・有料老人ホーム みずほの里 】

↑ 入居を希望する施設に○をして下さい。(複数可)

申込者連絡先(家族等代理の場合)

氏名		本人との続柄	
住所	〒	電話番号	

※連絡がつく電話番号を記載して下さい。

入居希望者

フリガナ		生年月日		年齢		性別	
氏名		明・大・昭	年 月 日			男 ・ 女	
フリガナ		電話番号					
住所	〒						

介護保険被保険者番号										保険者名(市町村名)	
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	--

要介護認定	☐ 未申請 ☐ 申請中・変更中(申請日 年 月 日)										
	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5										
	認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日							介護保険負担割合		割	

担当の 介護支援専門員	(事業所名)	(電話)	(担当者名)
----------------	--------	------	--------

サービス 利用状況	サービス名	事業所名	回/週	備考	サービス名	事業所名	回/週	備考

医学管理	主治医	() 医院・病院 () 科 () 医師 (通院・入院・往診)
------	-----	-----------------------------------

医療制度状況	健康保険の種類	障害手帳	福祉医療受給者証
	後期高齢者 ・ 国保 ・ その他	無 ・ 有(身体・精神)(級) 障害名()	無 ・ 有

所得状況	年金の種類	市県民税	介護保険負担限度額証
	国民・厚生・共済・障害・遺族年金・その他 (円/月)	課税・非課税	無・有(第 段階)

現在の所在地	自宅(独居 ・ 家族と同居) ・ 施設/病院(名称 年 月 日~) ・ その他(
--------	--

家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先
					(住所) (電話)
					(住所) (電話)
					(住所) (電話)
					(住所) (電話)

家族以外の 介護協力者 (いる場合)	(氏名)	(続柄)	(年齢)	(職業)	家族の関係図
	(住所) (電話)				
	(氏名)	(続柄)	(年齢)	(職業)	
	(住所) (電話)				

介護者などの 状況	☐ 一人暮らし又は介護者(75歳以上)と二人暮らしで在宅生活が困難			
	☐ 介護者はいるが高齢・障害・疾病等があり在宅生活が困難			
	☐ 介護者はいるが就労・育児等があり在宅生活が困難			

本人の心身状況(該当に○をして下さい。)

身体機能状況	聴力	普通・聞こえにくい(左・右)・全く聞こえない(左・右)・補聴器(無・有)				
	言語	普通・聞き取りにくい・失語・筆談		視力	普通・動きがわかる・見えない	
	坐位保持	自力・柵、物につかまれば可・背もたれがあれば可・不可		立位保持	自力・柵、物につかまれば可・軽介助・不可	
	寝返り	自力・柵につかまれば可・介助・不可		起き上がり	自力・柵につかまれば可・介助・不可	
	移乗	自力・一部介助・全介助・不可		拘縮	無・有(軽度・重度) 部位()	
	褥瘡	無・有(部位:)	エアマットの必要性 (無・有)	麻痺	無・有(部位:) 程度: ()	
食事	種類	主食(米飯・軟飯・粥・ミキサー) 副食(普通・軟菜・一口大・刻み・刻みトロミ・ミキサー・嚥下食) 経管栄養(種類: 粥/1日)				
	摂食器具	箸・スプーン・自助具()		介助	自立・見守り・一部介助・全介助	
	量	多い・普通・少ない		歯	自歯・部分入歯・総入歯	
	嚥下	問題なし・固形物にむせる・水分にむせる		トロミ	無・有(形状:)	
	嗜好	好きな物() 嫌いな物()		アレルギー	無・有()	
移動	方法	独歩・つたい歩き・歩行器・車椅子・その他()			介助	自立・見守り・介助
	行動範囲	屋外・家の中・部屋の中・ベッド周り		転倒	無・有(時々・頻回) センサーマット使用(無・有)	
排泄	排尿 排便	尿意	無・時々有・有		便意	無・時々有・有
		昼間の使用器具	トイレ(誘導 要・不要)・ポータブルトイレ・オムツ(テープ止め・パンツ型)・布パンツ 尿取りパット・カテーテル(留置・導尿)・尿器・人工肛門・人工膀胱			
		昼間の介助	自立・見守り・一部介助・全介助			
		夜間の使用器具	トイレ(誘導 要・不要)・ポータブルトイレ・オムツ(テープ止め・パンツ型)・布パンツ 尿取りパット・カテーテル(留置・導尿)・尿器・人工肛門・人工膀胱			
		夜間の介助	自立・見守り・一部介助・全介助			
	便通	自然排便(毎日・日/週)・下剤(無・有)・下痢気味・摘便				
	カテーテル	無・有(交換: 回/週)		ストーマ	無・有(交換 回/週、部位:)	
入浴	一般浴・個浴・リフト浴・機械浴・シャワー浴・清拭			介助	自立・見守り・一部介助・全介助	
整容	自立・一部介助・全介助		口腔ケア	自立・一部介助・全介助		
睡眠	起きない・時々眠れない・不眠(眠剤使用:無・有)			着脱	自立・一部介助・全介助	
精神状態	意思疎通	可・ある程度可・不可		認知症	無・有(重度・中度・軽度)	
	* 下記の精神状況についてあてはまる項目に○印を、特に頻繁な事柄には◎をつけて下さい *					
	・夜眠れない	・昼夜逆転がある	・失禁がある	・車椅子やベッドから落ちる事がある		
	・物忘れが多い	・意思の伝達が一方通行	・便をこねる	・よく転倒する		
	・同じことを言う	・時間や場所の勘違い	・歩き回る、外に出たがる	・大声や奇声をあげる		
	・作り話をする	・会話が成り立たない	・家に帰りたいがる	・事実でないことを事実だと思い込む		
	・独り言をいう	・怒鳴る、暴力をふるう	・食品以外の物を口に運ぶ	・わざと介護者を困らせる		
	・食べたことを忘れる	・興奮しやすい	・自分の身体を傷つける	・実在しないものが見えたり、聞こえたりする		
・満腹感がない	・不安で人を呼ぶことがある	・色々なものを集める	・その他()			
医療状況	<特別な医療> 無・有 ・点滴・在宅酸素療法・インスリン・人工透析・気管切開・経管栄養(鼻腔・胃瘻) ・吸引(昼間のみ・夜間も実施)・褥瘡・その他 具体的な状況					
	病歴	病名	発症年月日		医療機関	
	服薬の内容		(お薬手帳のコピーでも良いです)			

その他(留意事項、介護をする上で困っていること、施設に希望すること等)

入居を希望する理由について(下記の内容を確認しご記入ください。)

・ 該当する事項にチェックをして下さい。(複数可)

☐ 介護者がいないため	☐ 介護者が就労しているため
☐ 介護者が高齢、障害、疾病のため	☐ 介護者が育児などをしているため
☐ 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため	
☐ 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため	
☐ 介護者の身体的、精神的負担が大きいため	
☐ 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため (年 月 日ごろ退院(退所)予定)	
☐ いずれの施設への入所を必要としているため	
入居希望する理由(詳細に)	
入居希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
本人の入居意向 (複数回答可)	☐ 希望している ☐ 迷っている ☐ 知らせていない ☐ 認知力低下により理解困難

同意書及び説明確認

私は、当施設に申し込みをするにあたり、申込書及び別添え書類に記された情報を当施設内入居判定において使用する事について、さらに必要に応じて保険者・居宅介護支援事業所との間で情報交換することについて同意します。

また、入居申し込みの際し、入居申込から契約までの入居決定方法について、施設の担当者から説明を受

令和 年 月 日 氏名

* 以下、要介護1・2の方で特養さじきの里に申し込みを希望の方のみ、ご記入下さい *

特別養護老人ホームの入所につきましては、原則、要介護3～要介護5の方が対象となっております。

※要介護1・要介護2の方であっても下記4項目のいずれかの事由に該当し在宅生活が困難である場合は特例で入所が認められることがあります。このような事案でお困りの方は、入所を検討される前に必ずお近くの地域包括支援センターにご相談ください。

* 在宅での日常生活困難な事由 (特養入居希望の方で要介護1又は2の方は必ずチェックして下さい。複数可)

- | |
|--|
| ☐ 認知症である者であって、日常生活に支障がきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 |
| ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、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る。 |
| ☐ 家族などにより深刻な虐待など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屋等による支援は期待できず、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。 |

特例入居申込者の同意書(特別養護老人ホームの要介護1, 2の方の申請のみ)

私は、当施設に申し込みをするに当たり、次の内容について誓約及び同意します。

申込書及び別添え書類に記載された情報を、保険者等による特例入所対象者該当判定及び当施設内入居判定において使用すること、並びに必要に応じて保険者・居宅介護支援事業者との間で情報交換することについて同意します。

入居申し込みの際し、特例入居及び、入居申し込みから契約入所決定までの入居決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。

令和 年 月 日 氏名