

# 特別養護老人ホーム はまゆう たんぽぽ 入所申し込み書

|               |   |   |   |      |       |   |   |     |
|---------------|---|---|---|------|-------|---|---|-----|
| 申し込み日         | 年 | 月 | 日 | 受付日  | 年     | 月 | 日 |     |
| ※ 受付後5年間保存します |   |   |   | 受付時刻 | 午前・午後 |   |   | 時 分 |

施設長 殿

申込者 連絡先

|              |   |      |  |
|--------------|---|------|--|
| 住所           | 〒 |      |  |
| (フリガナ)<br>氏名 |   | 電話番号 |  |

特別養護老人ホームに入所したいので、次の通り申し込みます。

|                                      |                 |   |         |         |        |
|--------------------------------------|-----------------|---|---------|---------|--------|
| 入<br>所<br>希<br>望<br>者<br>の<br>状<br>況 | (フリガナ)          |   | 性別      | 男 ・ 女   |        |
|                                      | 氏名              |   | 住民登録    | 市・区・町・村 |        |
|                                      | 現住所             | 電話番号  |         |         |        |
|                                      | 生年月日            | 明・大・昭   | 年       | 月       | 日 ( 歳) |
|                                      | 健康保険            | 種別 :  | 記号・番号 : |         |        |
|                                      | 年金等             | 種別 :  |         |         |        |
|                                      | 障害手帳等           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>手帳の種類 _____ ( 障害名 )<br>( 判定 _____ 級(度) _____ 年 _____ 月 _____ 日 )   |         |         |        |
|                                      | 介護保険            | 被保険者番号  |         |         |        |
|                                      | 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<br>【要介護1、要介護2の方へ】<br>要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。<br>ご自身の判断で該当と思われる項目に印をつけてください。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、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。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。 |         |         |        |
|                                      | 現在利用している施設サービス等 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している。<br><input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している。<br><input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている。<br>(施設に入所(入居・入院)している場合)   |         |         |        |

|      |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 認定期間 | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|---|---|---|---|---|

|          |         |
|----------|---------|
| 施設名又は病院名 |         |
| (所在地)    | 市・区・町・村 |
| 入所又は入院期間 | 年 月 日 ~ |

現在利用している施設サービス等

- 訪問介護 (月に 回程度)〔 〕
- 訪問入浴介護 (月に 回程度)〔 〕
- 訪問看護 (月に 回程度)〔 〕
- 訪問リハビリテーション (月に 回程度)〔 〕
- 居宅療養管理指導 (月に 回程度)〔 〕
- 通所介護 (月に 回程度)〔 〕
- 通所リハビリテーション (月に 回程度)〔 〕
- 短期入所生活介護 (月に 回程度)〔 〕
- 短期入所療養介護 (月に 回程度)〔 〕
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度)〔 〕
- 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度)〔 〕
- 認知症対応型通所介護 (月に 回程度)〔 〕
- 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度)〔 〕
- 福祉用具の貸与・購入費支給
- 住宅改修費の支給
- その他の生活支援 ( )

入所希望者の状況

身体状況

|      |                             |  |                                     |                                    |                               |                               |
|------|-----------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 食事摂取 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り(むせる・むせない) | <input type="checkbox"/> 一部介助       | <input type="checkbox"/> 全部介助      |                               |                               |
|      | 食事の種類                       | (主食)                                   | <input type="checkbox"/> 常食         | <input type="checkbox"/> 半粥        | <input type="checkbox"/> 全粥   | <input type="checkbox"/> ミキサー |
|      |                             | (副食)                                   | <input type="checkbox"/> 常食         | <input type="checkbox"/> 刻み        | <input type="checkbox"/> ミキサー |                               |
| 排泄   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助          | <input type="checkbox"/> 全部介助       | (排泄の拒絶)                            | <input type="checkbox"/> 有    | <input type="checkbox"/> 無    |
|      |                             | (オムツの使用)                               | <input type="checkbox"/> なし         | <input type="checkbox"/> 昼夜        | <input type="checkbox"/> 夜のみ  |                               |
| 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助          | <input type="checkbox"/> 全部介助       |                                    |                               |                               |
| 更衣   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り           | <input type="checkbox"/> 一部介助       | <input type="checkbox"/> 全部介助      |                               |                               |
| 移動   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り           | <input type="checkbox"/> 一部介助       | <input type="checkbox"/> 全部介助      |                               |                               |
|      | (歩行)                        | <input type="checkbox"/> つかまり歩き        | <input type="checkbox"/> 杖使用        | <input type="checkbox"/> 車椅子       | <input type="checkbox"/> 寝たきり |                               |
| 視力   | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや悪い          | <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 | <input type="checkbox"/> ほとんど見えない  |                               |                               |
| 聴力   | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや悪い          | <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる   | <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない |                               |                               |
| 言語   | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい       | <input type="checkbox"/> 聞き取れない     |                                    |                               |                               |

〔 補足すべき身体状況について、具体的に記載して下さい 〕

認知症・精神の症状

- 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。
- 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる
- 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。
- 日常生活に支障がある様な症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
- 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする。

〔 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載して下さい。 〕

---



---



---



---



---



|     |            |   |
|-----|------------|---|
| その他 | 入所を希望する時期  | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい<br><input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい<br><input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい<br><input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい |
|     | 他施設の申し込み状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる<br><input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる<br>(他の施設名)<br>.....<br>.....  |

|                |      |  |     |    |     |
|----------------|------|--|-----|----|-----|
| 担当<br>ケアマネージャー | 氏名   |  | 連絡先 | 電話 | ( ) |
|                | 事業所名 |  |     |    |     |

|    |   |
|----|---|
| 備考 | 本入所申し込み書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入下さい<br><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
|----|---|

|      |   |
|------|---|
| おねがい | 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡して下さい。 |
|------|---|

|       |  |
|-------|--|
| 同意確認欄 | <input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために定時を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。<br><input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行なうことについて同意します。<br><input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 |
|       | <p style="text-align: right;">入所希望者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: right;">申込み者氏名 <span style="float: right;">印</span></p>   |

|       |   |
|-------|---|
| 説明確認欄 | 私は、入所申込みの際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の判定方法について施設から説明を受けました。<br><p style="text-align: right;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 氏名 ( )</p> |
|-------|---|