

入居申込書兼状況調査票

特別養護老人ホーム サン・つばき
 施設長 庄子敏明 殿
 次の通り施設入所を申し込みます

年 月 日

申請者	(ふりがな)		(本人との関係)	大正・昭和・平成		
	氏名			年	月	日生 歳
	住所	〒 -		電話	()	
			(連絡先)	()		

介護保険被保険者番号		※健康保険被保険者番号ではありません。お間違いないようお願いします。				
ご本人様について	(ふりがな)		性別	明治・大正・昭和		
	氏名		男・女	年	月	日生 歳
	住所			電話	()	
	要介護度	1・2・3・4・5・更新中・区分変更中				
	特別養護老人ホームの申し込み状況	当施設の他 件 ()				
	現在の生活状況	自宅で生活 (独居・老夫婦世帯・家族等と同居) ・ ショートステイ利用中 病院に入院中 ・ 介護老人保健施設入所中 ・ その他 ()				
	病院施設名	病名				
	食事	自立・一部介助・全介助	入浴	一般浴・特浴	意思疎通	可・不可
	歩行	自力歩行(杖・装具)・介助歩行 車椅子(介助・自操)	トイレ	トイレ使用(自立・介助) おむつ交換・カテーテル有		
	経管栄養(経鼻・胃ろう)・在宅酸素・インシュリン・気管切開・その他()					
	MRSA・B型/C型肝炎・肺結核・褥瘡 部位()	その他()				
	認知症	ある・なし (「ある」の方は下記のご記入をお願いします。)				
	現在の身体状況	次にあげるような症状がありますか?あてはまる番号すべてに○をつけて下さい。 1. 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じ事を繰り返し話したり、何度も同じ事を聞いたりする。) 2. 理解・判断力の低下(言葉の意味を理解することが困難。簡単な質問にも答えられない事がある。) 3. 見当識障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までも分からないことがある。) 4. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくる事がある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) 5. 徘徊(目的がなく歩き続けることがある。) 6. 幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際は無いことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。) 7. 収集癖(自分のものではない物や、必要ではない物などを持ち帰る行動が見られる。) 8. その他()				
	入居時期	認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M すぐに入居可能・数ヵ月後・数年後・その他()				

ご家族様について	介護をしている方について	氏名(ふりがな)	年齢	続柄	仕事の有無	同居・別居	その他の事情(主介護者に◎)
					フルタイム・パート・無	同・別	
	同居・別居に関わらずお書き下さい				フルタイム・パート・無	同・別	
					フルタイム・パート・無	同・別	

ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名:	担当者氏名	電話番号 ()
---------	-------------	-------	----------

申し込み理由について、当てはまるものすべてを選んでください

介護するものがないため

介護を行っている者が「要介護状態」「障害」等により介護することが困難なため
 ※介護認定を受けられている方は介護度をお答えください。(介護度 1・2・3・4・5)
 ※身体障害者手帳をお持ちの方は、等級をお答えください。(1級・2級・3級・4級・5級・6級)
 ※療育手帳をお持ちの方はAかBかお答えください。 A(重度) ・ B(中度・軽度)

介護を行っている者が「要支援状態」「病気」等により介護することが困難なため
 ※要支援の認定を受けられている方はお答えください。(要支援 1・2)
 ※ご病気のある方は病名等をお答えください。 []

介護を行っている者が複数の介護や育児を行っていて負担が大きいため
 ※どなたを介護・育児されていますか? ()

介護を行っている者の身体的・精神的負担が大きいため

介護を行っている者が遠く離れたところに住んでいるため

居住環境の事情により十分な介護をすることが困難なため

病院や施設から退院(退所)を求められているため

その他(介護上お困りのことや特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください)

※要介護度1又は2の方は、以下の特列入所の該当要件にチェックの上、理由もご記入ください。

特列入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 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、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため <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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である。 (在宅での生活が著しく困難な理由)
-----------	---

ご本人様の状況をより詳しく把握する為に、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定にかかる認定調査票の情報を提供して頂いてもよろしいでしょうか。よろしければ下記に署名・押印をお願いします。

氏名(本人) _____ 印
 代筆者 _____ 印