

特別養護老人ホーム入所申込書

				No.
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
さいたまロイヤルの園 施設長 殿

【申込者】

住所	〒	本人との関係
ふりがな 氏名		様
電話番号	()	

貴施設へ入所したいので、つぎのとおり申し込みます。(※1)

本人の状況	ふりがな 氏名	様	男・女	保険者 被保険者番号	
	生年月日	明大昭 年 月 日(歳)		要介護度	1・2・3・4・5
	住所	〒	介護認定 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	現在利用している 在宅サービスの状況 (※1)	1 訪問介護 (月 回 週 回)	6 通所リハビリテーション (月 回 週 回)		
		2 訪問入浴介護 (月 回 週 回)	7 短期入所生活介護 (月 日 週 日)		
		3 訪問看護 (月 回 週 回)	8 短期入所療養介護 (月 日 週 日)		
		4 訪問リハビリテーション (月 回 週 回)	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()		
		5 通所介護 (月 回 週 回)	10 その他 ()		
	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)の利用	1 利用している (事業所名)	2 利用していない (ケアマネジャー名)		
	認知症等による行動 障害の数字を記入 (右側別表から)	ときどき見られる： 頻繁に見られる：			
(要介護1、2の 方のみ) 該当する要件に○	ア 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 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 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である				
入所を希望する理由 (※1)	1 介護者がいない 2 介護者がいるが介護が困難な状況にある 3 地域の介護サービス等に不足がある(複数回答可) ア 夜間の介護サービス イ 往診や訪問看護等医療系サービス ウ 常時の見守り エ 家事支援等の安価なサービス活動 (その他：)				

介護保険	負担割合証(1 2 3 割) 負担限度額認定証・なし・あり(段階)			
家族等(介護者)の状況	ふりがな	性別	本人との関係	
	氏名	様	男女	
	生年月日	明大昭 年 月 日(歳)		
	同居別居の別	・同居 ・別居(住所：)		
	・入院、入所している ⇒	・なし ・あり(病院、施設名：)		
	・障害や要介護の状況にある ⇒	・なし ・障害名() ・要介護度()		
	・就労の状況 ⇒	・なし ・あり(・正社員 ・短時間パート等)		
・育児がある ⇒	・なし ・年少者の生年月日(令和 年 月)			
・複数の介護をしている ⇒	入所希望者以外に ・1人 (要介護度) ・2人以上 (要介護度)			
その他	入所を希望する時期	・今すぐ入所したい ・令和 年 月ころには入所したい		
	申込をしている施設名	施設名：	所在：	
		施設名：	所在：	
		施設名：	所在：	
		施設名：	所在：	
説明確認	私は、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。また、特例入所の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏名：			

(別表)

→ 認知症等による行動障害の例

1 徘徊(はいかい)
2 外出して戻れない
3 被害的
4 大声を出す
5 介護に抵抗
6 収集癖
7 一人で出たがる
8 物や衣類を壊す
9 昼夜逆転
10 作話
11 感情が不安定
12 同じ話をする
13 落ち着きなし
14 ひどい物忘れ
15 独り言・独り笑い

○「ときどき」… 少なくとも月に1回以上、1週間に1回未満
○「頻繁」……… 少なくとも週に1回以上

※1 現在施設入所中又は病院入院中の方は入所前・入院前の利用状況を記入してください。
※2 必要性がなくなった場合は、「入所申込取り下げ書」を提出してください。
※3 申込内容に変更が生じた場合は、施設にご連絡をお願いします。
※4 被保険者証(写)、サービス利用票(写)、サービス利用票別表(写)(おおむね直近3か月分)、服用している薬情報を添付してください。

(様式2)

特別養護老人ホーム さいたまロイヤルの園
入所希望者状況申告書

入所希望者名： 様

身体 の 状 況	
治療中の病気等	なし ・ あり ()
主治医	いない ・ いる (病院名： 医師名：)
既往歴	
日常生活動作能力	視力 1. 普通 2. 見え難い 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない
	聴力 1. 普通 2. 聞こえ難い 3. 耳元で大声 4. 全く聞こえない
	言語 1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 発言のみ 4. 全く話せない
	記憶 1. 年齢相応 2. 時々忘れる 3. ほとんど忘れる
	喫煙 1. しない 2. する (1日 本程度)
	体型 身長 cm 体重 kg
	全般的動作 1. 外出できる 2. 家の中なら歩ける 3. 起きられるがあまり動かない 4. 寝たきり・ほとんど寝たきり
	歩行 1. 自立 2. 杖・手すり等を使用 3. 要介護 4. はう 5. 全面介助
	食事 1. 自立 2. セットすれば自立 3. 一部介助 4. 全面介助 ・主食 (1. 普通 2. おかゆ 3. パースト) ・副食 (1. 普通 2. 一口大 3. キザミ食 4. パースト)
	義歯 1. なし 2. あり (ア. 全部 イ. 一部 ウ. 有るが使用せず)
	着脱衣 1. 自立 2. 指示すれば可 3. ボタンかけなど一部介助が必要 4. ほとんど着せる 5. 全面介助
	入浴 1. 自立 2. ほぼ普通にできるがやや不自由 3. 浴槽に入れるが洗うことなどに一部介助を要する 4. 全面介助
	排泄 1. 自立 2. 便器まで介助 3. 自立でポータブル便器使用 4. 便器介助 5. おむつ使用 (常時・昼のみ・夜のみ)
認知症状 1. 昼夜逆転 2. うつ 3. 興奮 4. 幻覚 5. 妄想 6. 生活意欲の低下・無意 7. 徘徊 8. 奇声・大声 9. 介護抵抗 10. その他 ()	
医療行為 1. 経管栄養 2. 胃ろう 3. イソリソ 4. 器官切開 5. 褥瘡 (箇所) 6. 吸引 7. ストマ 8. バルカテ-リ留置 9. 点滴 10. その他 ()	
障害手帳 無・有 手帳種類 () 障害名 種 級 取得年月日 年 月 日	
介護サービスについてのご希望	

家 族 の 状 況					
	氏 名	生年月日	続柄	住 所	職業
同居の家族 (※1)	様	. .		←夫、妻、 長男など	
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
別居の家族 (※2)	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
特記事項 (※3)					

※1 同居されている家族については、その全員を記入してください。

※2 別居されている家族については、ご本人の「子」「兄弟・姉妹」と成人されている「孫」まで記入してください。

※3 上記1、2以外の方が申込者となっている場合はその理由を記入してください。その他特記すべき事項があれば記入してください。

現在の所在されている場所と今後の予定の確認	
今後の予定	1. 未定 2. 決まっている (どこに： いつから：)
現在いる所	1. ご自宅 2. 施設 3. 病院 4. その他 () (名称： 担当者： いつから：)
その前は	

本人の収入の状況		
種別	項 目	年額(概算)
年金・恩給		円
その他の収入		