

(様式1)

特別養護老人ホーム入所申込書(その1)

特別養護老人ホーム
さやまロイヤルの園

開設準備室 御中

		No.	
申込日	令和	年	月 日
受付日	令和	年	月 日
【申込者】			
住所	〒 -		
氏名	続柄()		
電話番号			

特別養護老人ホームへ入所したいので、つぎのとおり申し込みます。

氏名	様	性別	男・女	保険者	
生年月日	明・大・昭	年	月 日(歳)	被保険者番号	
住所	〒 -		介護認定期間	令和 年 月 日から	1・2・3・4・5
				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訪問介護 (月 回 週 回)	6通所リハビリテーション (月 回 週 回)			
※病院入院中または施設入所中の場合は入院・入所前の状況を記入してください。	2訪問入浴 (月 回 週 回)	7短期入所生活介護 (月 回 週 回)			
	3訪問看護 (月 回 週 回)	8短期入所療養介護 (月 回 週 回)			
	4訪問リハビリテーション (月 回 週 回)	9福祉用具の貸与 ()			
	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		2利用していない		
(要介護1、2の方のみ)該当する要件に○	ア 認知症であり、日常生活に支障を来す症状・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である。		イ 艇的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来し、在宅生活が困難である。		
	ウ 家族等による深刻な虐待が疑われることにより、心身の安全確保が困難である。		エ 単身世帯。または同居家族が高齢、病弱であり、支援が困難。		
	オ また地域の介護サービスおよび生活支援の供給では在宅生活が困難である。				
入所を希望する理由	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 (その他)				

介護保険情報	負担割合(1割・2割・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	主たる介護者 ・有→右欄記入 ・無音信不通も含む	ふりがな	性別	本人との関係
		氏名	様	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	
		同別居	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・あり障害名()・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・あり(最年少の生年月 令和 年 月)			
複数の介護をしている	入所希望者以外に		・1人以上(要介護度:) ・2人以上	
その他	入所希望時期	・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:	申込時期:	年 月 頃
		施設名:	申込時期:	年 月 頃
居室希望	入所希望者の認知症等による行動障害 ※下記一覧から当てはまる番号を記入してください			
	ときどき見られる :			
	頻繁にみられる :			
説明確認	1.徘徊 2.外出してもどれない 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.落ち着きない 14.ひどい物忘れ 15.独り言・独り笑い			
	私は、入所申込の際、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、施設の体制サービス等についても理解し申込を行います。			
	令和	年	月	日 氏名

◇ ご記入方法、内容にご質問がありましたら、お気軽にお問合せください。
Tel:04-2902-6722 さやまロイヤルの園 開設準備室
◇ 申込書は裏面に続きます。

特別養護老人ホーム入所申込書(その2)

(申込者状況報告書)

入所希望者 : 様

身体状況		
現在治療中の病気等	なし・あり()	
主治医	いない・いる(医療機関: 担当医:)	
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.発語のみ 4.全く話せない
	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、手すりを使用 3.見守り、付き添い 4.這うなどして移動 5.全面介助
	食事	1.自立 2.スプーン等を使用し自立 3.自立 4.全面介助 主食:普通・軟飯・粥・ペースト 副食:普通・一口大・刻み・ペースト
	義歯	1.なし 2.あり(・総義歯 ・部分義歯 ・あるが使用しない)
	着脱衣	1.自立 2.指示すれば可 3.ボタンかけなど一介助 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.浴槽に入れるが洗体等に一部介助 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.便座移乗等介助 5.おむつ使用(常時・昼のみ・夜のみ)	
記憶	1.年齢相応 2.時々忘れる 3.ほとんど忘れる	
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 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.インシュリン 4.バルーンカテーテル留置 5.インシュリン 6.ストマ 7.吸引 8.褥瘡 9.その他()	
障害手帳	なし・あり 手帳種類() 障害名 種 級 取得年月日 年 月 日	

家族の状況					
	氏名	生年月日	続柄	住所	職業
同居家族(※1)	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
別居家族(※2)	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
	様	年 月 日			
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「子供」、「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、きまっている(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 (居所名称: 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
その他収入	
介護サービスについての希望	