

※全室個室となっています。

受付日	受理番号	受付印
年 月 日		

地域密着型老人福祉施設 小規模特別養護老人ホーム「昴」入所申込書

申込日：令和 年 月 日

申込者	住所	〒 _____		
	(フリガナ) 氏名			入所希望者との続柄
		電話番号	自宅 携帯電話	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ) 氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	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					
	障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (※障害認定を受けている場合は、()の中もお書き下さい。)					
		手帳の名称 _____ (障害名)					
		(判定 種 級 (度) ・ 年 月 日認定)					
	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					
	※ 申請中の場合 (申請日：令和 年 月 日)						
	認定有効期間	年	月	日	～	年 月 日 (認定日 年 月 日)	
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
かかりつけ病院	(病院等名)			(診療科目)			
担当ケアマネージャー	氏名			所在地			
	事業所名			電話番号			
居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (週 回) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月 回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (ショートステイ) (最近3ヶ月の利用回数の合計) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (週 回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (週 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入 <input type="checkbox"/> その他 _____						

<p>身体 の 状 況</p> <p>※最も近い状態に チェック☑して ください</p>	食 事 摂 取	状 態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		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"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー
		嚥下 (飲み込み)		<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる
	排 泄	状 態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		尿 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
		便 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
		おむつ使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ	
	入 浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	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"/> 全介助 (歩行： <input type="checkbox"/> つかまり歩き (手引き歩行) <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり)	
	転倒・転落の危険性		歩行の場合 ふらつき→ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 車いすの場合 車いすから立ち上がって (ずり落ちて) 転倒・転落する危険性 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない 寝たきりの場合 ベッドから転落する危険性 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない	
	視 力		<input type="checkbox"/> ふつう <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"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大きい声で話せば聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	
	言 語		<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> はっきり話すことがやや困難 <input type="checkbox"/> はっきり話すことができない (聞き取ることが難しい)	
	そ の 他		補足すべき心身の状態があれば、具体的に記載してください	
認知症・精神上的の状況		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、ほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意 (声かけ、見守り等) していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁にみられ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 認知症・精神上的の問題なし		
症 状 (困っている症状 を具体的に記載し てください)		例) 常時徘徊するため困っている、家族の名前・顔がわからない、 大声や奇声を発するなど		

1. 医療的管理状況

対応可能： 内服薬 胃ろう 痰吸引 酸素療法（在宅酸素） その他 _____
 要相談： フォーレ ストマ（人工肛門） 疼痛コントロール（癌性等）
 対応困難： 血糖測定 インシュリン注射 透析 気管切開 経鼻経管栄養 膀胱瘻
 現在治療中の疾病
 病名： _____
 感染症： あり なし 不明
 通院・入院中の医療機関： _____
 既往症： _____

2. 主たる介護者・家族等の状況

①世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
②主たる介護者の生年月日・続柄	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	続柄	_____
③介護者の障害・疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> 介護は困難 <input type="checkbox"/> 多少は可能 <input type="checkbox"/> 介護は可能		
④介護者の就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種等 _____) 勤務 _____ 日/週 時間/日		
⑤介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> 常時育児・看病 <input type="checkbox"/> 随時育児・看病 <input type="checkbox"/> 臨時育児・看病		
⑥他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____) (_____ 日/週程度)		
⑦別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____) (_____ 日/週程度)		

3. 家族構成等

独居世帯 高齢者世帯 家族同居世帯

①身元引受人（緊急連絡先）

(フリガナ)	_____	続柄	_____	住所 〒 _____
氏名	_____		_____	電話番号 _____
勤務先	_____			
	電話番号 _____			

②同一生計者

氏名	続柄	性別	生年月日	職業・電話番号（勤務先）	備考

③本人の子供（別世帯）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業・電話番号（勤務先）	備考

4. 入所希望者の意向

- 今すぐに入所したい
 年 月頃までには入所したい
※他施設の入所申込み状況
○○○園にのみ申し込んでいる
他の施設にも申し込んでいる
(他の施設名)

.....
.....
.....

5. 留意事項

本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。

【連絡先】 特別養護老人ホーム 昴
電 話 025-287-2450
ファックス 025-287-2451

担当者名 介護支援専門員 泉 由布子・生活相談員 小原 貴子

6. 説明確認及び情報収集にかかる同意

【説明確認】

申込書と介護支援専門員等の意見書を基に入所待機順を決定いたします。
その後、入所希望者様及び、ご家族様に現在の心身状態をお聴き取りし当施設へ入所相当か判断し、ご案内に繋げて参ります。

【情報収集にかかる同意】

貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及び、その家族）に関する情報を市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び、医療機関等から収集すること。
また、関係市町村に報告、提供することに同意します。

令和 年 月 日

入 所 希 望 者 _____ (印)

入所希望者の家族 _____ (印)

7. 特例入所の要件への該当に関する考え

(要介護1又は要介護2の方が入所を申込み場合に記入してください。)

入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由

- 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
 知的障がい・精神障がい等を伴い、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
 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
 単身世帯である、もしくは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

上記要件の具体的な理由

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....