

# 入所申込書兼状況調査票

社会福祉法人 大樹

特別養護老人ホーム せんじゅ 施設長 宛

次のとおり施設入所を申し込みます。

平成 年 月 日

申請者	氏名(ふりがな)		続柄 ( )	明・大・昭 年 月 日生 歳
	住所	〒 _____ 電話 ( ) _____		
本人の状況	氏名(ふりがな)		男 ・ 女	明・大・昭 年 月 日生 歳
	住所	〒 _____ 電話 ( ) _____		
	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。お間違いのないようにお願いします。		要介護度 3 ・ 4 ・ 5 [特例入所] 1 ・ 2
	家族構成	一人暮らし ・ 夫婦二人 ・ 家族等と同居 ・ その他 ( )		
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 老人保健施設入所中 ・ その他 ( )		
	病院・施設名		現在右記のような処置を受けていますか？受けているものに○を付けて下さい。	経管(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン
	病名			その他 ( )
	今すぐ入所する意思がございましたか？	今すぐ ・ 数ヵ月後 ・ 数年後		
	認知症	ある ・ なし (「ある」方は下記のご記入をお願いします。)		
		次にあげるような症状がありますか？あてはまるものの番号に○をつけてください。		
	1. 記憶力の低下 (寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じ事を聞いたりする) 2. 理解・判断力の低下 (言葉や単語の意味を理解することが困難で、簡単な質問にも答えられない事がある) 3. 見当意識の障害 (今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからない事がある) 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事がある) 6. 幻覚・妄想 (「お金を取られた」「食事を与えてくれない」などの実際にはな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、ごみ、ガラクタなどを持ち帰る行動がみられる) 8. その他 ( )			
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
待機期間	他の特別養護老人ホームに申し込まれて、どれくらいの期間待機していますか	他の施設に申し込んで ( いる ・ いない ) _____ 件 待機期間 ( 年 _____ ヶ月間 )		
居室について	ご希望をお聞かせ下さい	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも可 (希望の理由 : _____ )		

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行っている方の状況	同居・別居にかかわらず、介護を行っている方についてお書き下さい。	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	続柄主たる介護者に◎	同居の有無	仕事の有無
		( )	( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
		( )	( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
		( )	( )	( )	同居・別居	フルタイム・パート・無
	①介護を行っている方は、障害やご病気をおもちですか？病名等をお答えください。(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書き下さい。)	障害・病気が(ある・ない) 病名：		※要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
その他介護を行っている方の状況	身体障害者手帳をお持ちの方は、何級をお持ちですか？(1級・2級・3級・4級・5級・6級)	障害名をお書き下さい。				
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお答え下さい。	A(重度)・B(中度・軽度)				
	上記以外の場合にお書き下さい。					
	②複数人の介護・育児をして(いる・いない)	どなたを介護していますか？				
介護サービスの利用状況	当法人のサービスを利用したことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない				
	その他の在宅介護サービスを利用していますか？	<input type="checkbox"/> している( ) <input type="checkbox"/> していない				
ケアマネジャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名：		電話番号( ) ケアマネジャー氏名：			
申し込み理由(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1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件のチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<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、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、在宅生活が困難な状態のため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"/> 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のため
	(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)
ご記入いただいた情報を当法人の事業所内で共有し、グループホーム等のご案内をさせて頂いてもよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を提供していただ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 \_\_\_\_\_

申込をされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度、心身の状況等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、速やかにご連絡されるようお願いいたします。