

申込日	年 月 日
申込方法	郵便 来所

東三河広域連合内特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム

[ 穂の国荘 ] 施設長 様

希望する部屋 多床型・個室

※入所希望者本人の心身の状況を把握している方が太線内をご記入下さい。ご不明な場合はケアマネージャーなどにご相談ください。

入所申込者(本人)の状況	フリガナ		性別	要介護度	1 ・ 2
	氏名		男 女		→裏面「特例入所該当申出」記載下さい。
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	保険者	3 ・ 4 ・ 5
				被保険者番号	
	電話番号	- -	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	住所(住民票)	〒 -			
	現在の居住地	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他			
	医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他			

↓担当のケアマネージャーについて記載してください。

ケアマネ	氏名		事業所名	
	電話番号		ファックス番号	

同意及び説明確認欄	・入所申込みから入所契約までの手続き、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 ・申込後に保険者に「要介護認定申請書」を提出した時には、速やかに、必ず認定後交付された「介護保険被保険者証」を施設に提示します。 ・申込後に状態の変化、入所が不要となった場合、記載内容について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。 ・入所希望者・介護者を円滑に支援するため、東三河広域連合・市町村・ケアマネージャー等と入所に関する必要な情報等を共有することに同意します			
	年 月 日	入所申込者(本人) 氏名		印

↓今後の連絡先・送付先 本人に代わってこの申込(届出)書を記入された場合は、次の欄を記入して下さい。

申込代行者	フリガナ		本人との関係	
	氏名		電話	- -
	住所	〒 - 同居・別居	番号	- -

事務処理欄

受付NO	受付日	受付入力	判定日	判定結果	特例該当申出
					有 無

受付者氏名

申し込み理由・入所を急ぐ理由	該当するものすべてにチェックをし、具体的な状況を記入して下さい。	
	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい。 <input type="checkbox"/> 2 寝たきり等により、日常生活全般に介護が必要。 <input type="checkbox"/> 3 認知症等により、常時の見守り・介護が必要。 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院などから退所を求められているが、自宅での介護が困難。 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない。介護者が入院等で介護ができない。 <input type="checkbox"/> 6 介護者が高齢・疾病・育児・就労・別居等のため介護が困難。 <input type="checkbox"/> 7 その他の理由 ( )	
	具体的状況	
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい。
申し込み予定	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる。または申込み予定。	

以下 要介護1・2の申込者のみ記載  
特例入所該当申出書

<p>↓ 該当するものすべての欄にチェックをして下さい。</p>	<p>↓ チェックした項目について記載。</p>						
特例入所の要件	参考事項						
認知症である者であって、日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">「主治医意見書」認知症高齢者日常生活自立度</td> <td style="width: 30%;">自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M</td> </tr> </table>	「主治医意見書」認知症高齢者日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
「主治医意見書」認知症高齢者日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M						
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。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">療育手帳 (判定)</td> <td style="width: 30%;">度</td> </tr> <tr> <td>精神障害者保健福祉手帳</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>障害支援区分</td> <td>3以下 4 5 6</td> </tr> </table>	療育手帳 (判定)	度	精神障害者保健福祉手帳	級	障害支援区分	3以下 4 5 6
療育手帳 (判定)	度						
精神障害者保健福祉手帳	級						
障害支援区分	3以下 4 5 6						
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・安心の確保が困難な状態であること。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">虐待の疑い</td> <td style="width: 30%;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>警察・行政への相談</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> </table>	虐待の疑い	有 ・ 無	警察・行政への相談	有 ・ 無		
虐待の疑い	有 ・ 無						
警察・行政への相談	有 ・ 無						
単身世帯であるまたは、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の供給が不十分である。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">独居</td> <td rowspan="3" style="width: 30%;">サービス利用 有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>同居家族高齢</td> </tr> <tr> <td>同居家族病弱</td> </tr> </table>	独居	サービス利用 有 ・ 無	同居家族高齢	同居家族病弱		
独居	サービス利用 有 ・ 無						
同居家族高齢							
同居家族病弱							
チェックした項目について具体的な状況を記載して下さい。							
施設記入欄	変更申請提出状況・予定 年 月 日      確認年月日 年 月 日						

整理番号：		希望者氏名：			記入者氏名：					
現 状		独居・高齢者世帯・家族同居 入院中（病院名 _____）・入所中（施設名 _____）								
介 護 の 状 況	主たる介護者 氏名	_____	年 齢	_____	性 別	男・女	続 柄	_____		
	就労状況等	就業中・育児・その他（ _____ ）					同居・ 別居			
	介護期間	_____ 年 _____ 月頃から			その他の介護者		無・有（ _____ ）名			
	窓口相談	無 ・ 有		介護サービス事業所 ・ 市町村 ・ 地域包括支援センター ・ その他						
相談先の事業所名				Tel						
ケアマネジャー名				Fax						
住 環 境	区 分	持ち家 _____ 階（エレベーター 有・無） ・ 借家 _____ 階（エレベーター 有・無）								
	住宅改修	要・不要・改修済（ _____ ）								
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有（送迎・訪問・その他 _____）								
家 族 構 成	氏 名	性別	続 柄	年齢	職業	住 所（別居の場合）	連絡先（電話番号）			
		本人 <u>      </u> 			介護状況（家族の協力の有無など）					
社 会 と の 関 連	健康保険被保険者証	後期高齢・その他（ _____ ） 記号番号（ _____ ） 医療受給者証 無・有								
	身体障害者手帳	無・有（ _____ 種 _____ 級） 第 _____ 号					取得日	_____		
		障害名 _____								
その他手帳など		_____								
生 活 状 況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー ・その他（ _____ ）				介 助	自立・一部介助・全介助			
	食 事	主) 普通・かゆ・ミキサー（箸・スプーン）					自立・一部介助・全介助			
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー					自立・一部介助・全介助			
	更衣（着替え）		_____				自立・一部介助・全介助			
	排 泄	昼	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門				自立・一部介助・全介助			
		夜	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門				自立・一部介助・全介助			
入 浴		介助浴・座浴・特浴・その他（ _____ ）				自立・一部介助・全介助				
送迎時の介助		車椅子（要・不要）・ストレッチャー（要・不要）								

身 体 状 況	体 重	kg	身 長	cm
	視 力	普通・見えにくい・見えない	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない
	発 語	普通・やや不自由・不自由	理解力	普通・分かりにくい・分からない
	精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他）		
	認知症	無・有（日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M）		
	問題行動	無・有（徘徊・不潔行為・火の不始末・他）		
健 康 状 況	現疾患		病 歴	
	主治医		氏 名	
	T E L		相 談	有 無
	医療の状況	吸痰・経管栄養（胃ろう・経鼻）・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン注射 ・在宅酸素・その他（		
	感染症	無・有（	アレルギー	無・有（
	皮膚刺激	普通・弱い	麻 痺	無・有（
	便秘	無・有（服薬：無・有）	拘 縮	無・有（
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）	褥 瘡	無・有（
	嚥 下	異常なし・むせる・その他（	湿 疹	無・有（
	入れ歯	無・有（上・下）	口腔状況	良・否（
	状 況 経 過	状況の変化（健康状況や介護を要する状況の変化について）		
他施設への申込状況		他施設への申込 無 ・ 有		
上記施設名				
【その他特記事項】				
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書きいただいても結構です。				

施設記入欄
-------