

特別養護老人ホーム 飛鳥の郷 入所申込書 (表面)

特別養護老人ホーム飛鳥の郷
施設長 様

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

【申込者】

【希望する施設形態に✓を入れて下さい】

- 従来型施設
- ユニット型施設 (H30年4月開設)
- どちらでも可

住所	〒	
(ふりがな)		
氏名		本人との関係
電話番号		

特別養護老人ホームへ優先入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	ふりがな			
	氏名	性別	保険者	
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号
	住所	〒	女	要介護度 1・2・3・4・5
	介護認定	平成 年 月 日 から	介護認定期間	平成 年 月 日 まで
	医療保険証	後期高齢・国保・社保・生保	負担割合	1・2・3 割
	介護保険負担限度額認定証	無・有 (1・2・3 段階)	身体障害者手帳	無・有 ()
	その他各手帳	無・有 ()		
	現況	1. 自宅で一人で暮らしている 2. 自宅で家族と暮らしている 3. 別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる 4. 施設や病院に入っている 施設(病院)名: 入所(入院)日: ()		
	介助者の有無	1. 介助者が誰もいない 2. 介助者がいる		

介護者の状況	ふりがな			
	氏名	性別	本人との関係	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男・女	
	同居の区分	1. 同居 2. 別居 (住所:)		
	介護の可能性	1. 介護可能 2. 多少介護可能 3. 介護困難		
	就労状況	育児、看病状況	健康状況	
	有 (常勤・パート) (就労時間 時間)	有 (人 歳) (育児、看病時間 時間)	1. 良好 2. 不良	
	無	無	1. 良好 2. 不良	
	介護期間	年 月		
	ふりがな			
氏名	性別	本人との関係		
同居の区分	1. 同居 2. 別居 (住所:)			
介護の可能性	1. 介護可能 2. 多少介護可能 3. 介護困難			
その他の血縁者	介護の可能性 1. 介護可能 2. 多少介護可能 3. 介護困難			

【現在利用している在宅サービスの状況】

本人・介護者の状況	サービスの種別	回数 / (週・月)	事業者名
	訪問介護	/ (週・月)	
	訪問看護	/ (週・月)	
	訪問入浴	/ (週・月)	
	訪問リハビリテーション	/ (週・月)	
	通所リハビリテーション	/ (週・月)	
	通所介護	/ (週・月)	
	ショートステイ	/ (週・月)	
	福祉用具貸与		
	福祉用具購入		
住宅改修			
その他			
担当ケアマネージャー	1. いる 事業所名 () 名前 () 2. いない		

【優先入所を希望する理由】 ※2

--

(例) 現在、自宅にて居宅サービスを利用しながら独居生活を送っているが、認知症状がみられるようになり、常時介護を必要とする状態である。息子夫婦は共働きしているため、常時の介護が出来ない状態であり、娘は夫の姑の介護をしているため介護困難である。 など

(注) 施設や病院から退所(退院)を求められている場合は、自宅での生活状況を想定してご記入下さい。

その他	優先入所を希望する時期	1. 今すぐ 2. 平成 年 月頃までには入所したい。
	申込の状況	1. 当該施設のみ申し込む 2. 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:
説明確認	私は、優先入所申込みの際、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ました。 令和 年 月 日 氏名: _____	

- ※1 介護保険被保険者証(写)、認定調査票(写)を添付してください。
- ※2 優先入所を希望する理由の欄には、具体的理由を記入してください。
- ※3 待機取り下げの場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所取り下げ書」を提出、またはご連絡ください。
- ※4 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

特別養護老人ホーム入所申込書（裏面）

H29.08.01版

氏名 _____

本 人 の 状 況	生活歴	出身地		結婚歴	無・有(子供 無・有(男 人・女 人))		
		学歴		趣味・特技			
		職歴		性格			
	身体 の 状 況	歩行	1 自立	2 補助具により可(杖・歩行器)	3 歩行介助		
			4 車椅子使用	5 歩行不可			
		食事	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助	
			主食	a 普通	b 粥	c ペースト	d 流動食(経口・経管)
			副食	a 普通	b 一口大	c 刻み	d ペースト
		食べ物のアレルギー	無し・有り()				
		排泄	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助	
			(<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 尿・便器使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用)				
		入浴	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助	
更衣		1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助		
視力	1 自立	2 やや悪い	3 悪い	4 ほとんど見えない			
聴力	1 自立	2 やや悪い	3 悪い	4 ほとんど聞こえない			
言語	1 自立	2 聞き取りにくい	3 ほとんど話せない				
理解力	1 自立	2 やや低下	3 低下				
麻痺	有・無	(右・左手・足)					
①	現在の病気(病名)						
	現在行っている治療						
	障害を持つきっかけとなった病気						
	かかりつけの病院名						
	医療的処置 該当するものに✓を入れてください。	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ) <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他					

本 人 の 状 況 ②	認知症等による不適応行動	1 非常に多い	2 やや多い	3 少しあり	4 なし
	精神症状 (該当するものをすべて選んでください)	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れがある <input type="checkbox"/> 目的もなく動き回る(徘徊) <input type="checkbox"/> 周囲の事に関心が無く、ぼんやりとしている <input type="checkbox"/> 「家に帰る」と言い落ち着きがない <input type="checkbox"/> 物を盗られた等と被害的になる <input type="checkbox"/> 外出時病院・施設・家等に一人で戻れない <input type="checkbox"/> 作り話を周囲に言いふらす <input type="checkbox"/> 一人で外に出たり目が離せない <input type="checkbox"/> 実際にはない物が見えたり、聞こえたりする <input type="checkbox"/> 色々な物を集めたり、無断で持つくる <input type="checkbox"/> 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる <input type="checkbox"/> 火の始末や、火元の管理ができない <input type="checkbox"/> 夜間の不眠、昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊したり、破いたりする <input type="checkbox"/> 暴言や暴行を行う <input type="checkbox"/> 不潔な行為を行う <input type="checkbox"/> 同じ話をしたり、不快な音をたてる <input type="checkbox"/> 食べられないものを口に入れる <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 周囲が迷惑している性的行為がある <input type="checkbox"/> 助言や家族に抵抗する <input type="checkbox"/> 家族が判らない <input type="checkbox"/> 自分の家や年齢が判らない <input type="checkbox"/> イライラしている			

連 絡 先	緊急時の連絡先	<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他()		
	〒	氏名	印	TEL
				携帯
	緊急時の連絡先	<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他()		
〒	氏名	印	TEL	
			携帯	