

特別養護老人ホーム 入所申込書

社会福祉法人西春日井福祉会
理事長 今村達雄様

入所申込者	ふりがな		性別	男・女
	氏名		要介護度	5・4・3・2・1
	生年月日	大・昭 年 月 日	保険者	
	住所	〒 -		
	電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -
申込代理者	ふりがな		続柄	(入所希望者から見た続柄)
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 同居(同居チェックの場合記載不要) <input type="checkbox"/> 別居 〒		
	電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -
希望施設 (複数回答可)		<input type="checkbox"/> 五条の里 <input type="checkbox"/> あいせの里 <input type="checkbox"/> ペガサス春日 <input type="checkbox"/> 清洲の里 <input type="checkbox"/> 平安の里		
入所希望時期		<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上先 <input type="checkbox"/> 不明 <small>※当該項目は、愛知県が行う申込者調査に則りお伺いするものであり、入所時期をお約束するものではありません。</small>		

<<特例入所について>>

要介護1又は要介護2の入所申込者のうち、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある方については、特例的な施設への入所(「特例入所」といいます)が認められています。特例入所の対象とするには、以下の4要件のいずれかに該当することが必要となりますので、該当する欄に印をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	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こと。
<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等が頻繁に見られること。
<input type="checkbox"/>	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こと。
<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不十分であること。

<<ご確認事項>>

お申込みに際して、以下の点についてご確認が必要です。確認されたら印をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	受付には、入所申込者の介護保険被保険者証の写しが必要ですので、原本をご提示ください。
<input type="checkbox"/>	入所申込者が要介護認定を受けていることが必要です。要支援や自立の方のお申込はできません。
<input type="checkbox"/>	要介護認定や家族状況等、お申込み時の内容に大きな変更があった場合には、施設までご連絡ください。
<input type="checkbox"/>	ご希望のある方には、当申込書の複写物を交付いたしますので、職員にお申し出ください。

※施設使用欄

同意及び説明確認	入所申込者、介護者を円滑に支援するために、市町村・介護支援専門員等に、この申込み内容の情報提供することに同意します。又、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、説明を受けました。	受付施設	五条の里 ・ あいせの里 ペガサス春日 ・ 清洲の里 平安の里 ・
	令和 年 月 日	受付者印	
	入所申込者又は申込代理人 氏名 印	施設受領印	

入所申込者調査票（入所申込者氏名： 様）

日常生活動作	食 事	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		食 事 の 内 容	主食	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> その他()
			副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> その他()
		飲 み 込 み	<input type="checkbox"/> ムセは無い	<input type="checkbox"/> たまにむせる	<input type="checkbox"/> よくむせる	<input type="checkbox"/> 飲み込めない		
	制 限	<input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> カロリー	<input type="checkbox"/> 塩分	<input type="checkbox"/> 他()			
	排 泄	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		排 泄 の 場 所	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> 他()		
		衣 類	<input type="checkbox"/> 普通の下着	<input type="checkbox"/> 尿パッド	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> おむつ ()		
	入 浴	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		入 浴 の 場 所	<input type="checkbox"/> 自宅で入浴	<input type="checkbox"/> 施設等(歩き)	<input type="checkbox"/> 施設等(機械)	<input type="checkbox"/> 入浴していない		
	移 動	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		器 具 の 使 用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 車いす ()		
健康状態	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> 常に見えにくい	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない			
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 常に聞こえにくい	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない			
	理 解 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> たまに理解できない	<input type="checkbox"/> かなり理解できない	<input type="checkbox"/> 常に理解できない			
	意 思 表 示	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 常に伝えられない			
	障害の程度	<input type="checkbox"/> 身体障害(種 級)	<input type="checkbox"/> 知的障害(判定)	<input type="checkbox"/> 精神障害(級)				
	傷 病 歴							
	服 薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:)						
	感 染 症	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 他()						
	特別な 医療的対応	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> 他()						
		<input type="checkbox"/> 褥瘡治療 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー埋込 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 他()						
認知症・ 精神疾患症状	徘徊	例：出歩いてしまう、家に戻れない	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			
	妄想	例：盗られた、叩かれた等思い込む	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			
	不穏行動	例：怒りっぽい・感情が不安定	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			
	暴力行為	例：暴力をする、またはしようとする	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			
	昼夜逆転	例：夜に起きている、昼に寝ている	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			
	収集行為	例：いろいろな物を集める	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			
	異食行為	例：食べられない物を口に入れる	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			
	不潔行為	例：便や尿を触る	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			
	介護拒否	例：介護に抵抗がある	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			
	そ の 他	(具体的行為:)	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週に2～3日程度	<input type="checkbox"/> 無い			

生活環境	どちらか一方を選んでください → <input type="checkbox"/> 在宅で生活している ⇒下記①をご記入ください。		
	→ <input type="checkbox"/> 病院や施設等に入所している ⇒下記②をご記入ください。		
	①	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯(65歳以上もしくは18歳以下のみ) <input type="checkbox"/> 家族同居
		居室介護支援事業所	無・有 → (事業所名称: 、担当者様:)
	②	現在使用している 在宅サービスの 種類と頻度	デイサービス <input type="checkbox"/> 有(頻度: 回/月) ショートステイ <input type="checkbox"/> 有(頻度: 回/月)
			デイケア <input type="checkbox"/> 有(頻度: 回/月) 訪問介護 <input type="checkbox"/> 有(頻度: 回/月)
そ の 他 無・有(サービス種類と頻度:)			
②	入院中の病院 入所中の施設 等の 種類と名称	<input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設	
		<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	
		<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)	
病院又は施設の名称			
入院又は利用期間		平成/令和 年 月 日 ~	

家族調査票（入所申込者氏名： 様）

主たる介護者	どちらか一方を選んでください		→ <input type="checkbox"/> 申込代理人と同じ	⇒ 次の項目にお進みください。
			→ <input type="checkbox"/> 申込代理人とは異なる	⇒ 下記①をご記入ください。
	ふりがな		続柄	(入所申込者から見た続柄)
	氏名			
① 住所	〒			
電話番号	(自宅)	-	(携帯)	-

主たる介護者の状況	該当欄に○をつけてください。	①	②	③
	年齢	70歳以上	60歳代	60歳未満
	要介護認定の有無	要介護認定あり	要支援認定あり	非該当
	就労の有無	終日就労している	半日程度労働している	就労していない
	育児の有無	3歳未満の育児あり	小学生未満の育児あり	育児はしていない
	疾病の有無	入院加療が必要な状態	定期通院をしている状態	目立った疾病は無い
	介護協力者の有無	協力者はいない	協力者がたまにある	協力者が常にある
	他に介護を要する家族の有無	複数名いる	1名のみいる	特にいない
	入所申込者の家までの移動時間 (在宅に復帰したと想定して)	15分以上 (交通手段は問わず)	15分未満 (同左)	同居もしくは 同一敷地内

申込する理由	下記の理由のうち該当する欄に、 <input checked="" type="checkbox"/> 印をご記入ください（複数回答可）。	
	<input type="checkbox"/>	ご自分での動作が困難であるため、食事・排泄・入浴等、日常生活全般に介助が必要。
	<input type="checkbox"/>	認知症や精神症状等により、見守りや介護が必要。
	<input type="checkbox"/>	施設や病院等から退所を求められているが、自宅の生活環境では戻ることが困難。
	<input type="checkbox"/>	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"/>	利用したい在宅サービスが十分でない。
	<input type="checkbox"/> その他（家族関係、経済状況、住環境等、何でもご自由にお書きください）	

家族・世帯構成	<書き方見本>	
	①	男性が□、女性が○
	②	入所希望者は二重の□か○
	③	婚姻関係は二重線で結ぶ
	④	死亡は×を上書きする
	⑤	子は年齢順に左から記載
	⑥	本人以外は、続柄と在住市町記載
⑦	同一世帯は大きい○で囲む	
⑧	家族以外の協力者は別に記入	