

## 姫の沢荘 特別養護老人ホーム 入所申込書

平成 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

|       |    |   |   |   |
|-------|----|---|---|---|
| 初回申込日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
|-------|----|---|---|---|

## 1 入所申込者の状況

|               |  |             |            |                 |       |       |     |      |      |    |   |
|---------------|--|-------------|------------|-----------------|-------|-------|-----|------|------|----|---|
| (フリガナ)<br>氏名  |  |             | 性別         | 生年月日            |       |       |     |      |      |    |   |
|               |  |             | 男・女        | 明・大・昭           | 年     | 月     | 日   | ( 歳) |      |    |   |
| 住所            | 〒 (      )   |             |            |                 |       |       |     |      |      |    |   |
|               | TEL  |             |            |                 |       |       |     |      |      |    |   |
| 介護保険          | 保険者名   | 市(区)<br>町・村 | 被保険者番号     |                 |       |       |     |      |      |    |   |
| 要介護度          | 申請中  | 要介護度1       | 要介護度2      | 要介護度3           | 要介護度4 | 要介護度5 |     |      |      |    |   |
| 入所を希望する時期     | 1. すぐにでも入所したい  |             |            | 2. 6か月以内には入所したい |       |       |     |      |      |    |   |
|               | 3. 将来的には入所をしたい   |             |            |                 |       |       |     |      |      |    |   |
| 認知症の状況        | 有・無  |             | 認知症日常生活自立度 | 自立              | I     | IIa   | IIb | IIIa | IIIb | IV | M |
| 認知症の具体的症状     |  |             |            |                 |       |       |     |      |      |    |   |
| 知的障害、精神障害等の状況 | *手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。  |             |            |                 |       |       |     |      |      |    |   |
| 居宅サービスの利用状況   | *利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。  |             |            |                 |       |       |     |      |      |    |   |
| 現在の状況         | 1. 自宅で生活<br>2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所<br>退所予定の有無 有・無 (有の場合は、退所予定時期 ) |             |            |                 |       |       |     |      |      |    |   |

家族、身元引受人等の連絡先 \*介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

|              |            |  |    |     |
|--------------|------------|--|----|-----|
| (フリガナ)<br>氏名 |            |  | 続柄 | 介護者 |
| 住所           | 〒 (      ) |  |    |     |
|              | TEL        |  |    |     |
| (フリガナ)<br>氏名 |            |  | 続柄 | 介護者 |
| 住所           | 〒 (      ) |  |    |     |
|              | TEL        |  |    |     |
| (フリガナ)<br>氏名 |            |  | 続柄 | 介護者 |
| 住所           | 〒 (      ) |  |    |     |
|              | TEL        |  |    |     |

(裏面も記入してください。)

(裏面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

|  |  |
|--|--|
| 主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください | 1. ひとり暮らしで、介護者がいない   |
|  | 2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難<br>〔 要介護状態区分:( ) 病気療養中:(病名等 ) 障害の等級等:( ) 〕<br>介護が困難な状況 : |
|  | 3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難<br>〔 要支援状態区分:( 1 ・ 2 ・ 事業対象者 ) 年齢:( 歳) 〕<br>介護が困難な状況 :         |
|  | 4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難<br>〔 介護が困難な状況 : 〕   |
|  | 5. 複数人を介護しているため、介護が困難<br>〔 申込者以外の介護の状況 : 〕   |
|  | 6. 介護者が就労をしているため、介護が困難<br>〔 就労の状況 ( 週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無) 〕                                |
|  | 7. 介護者が育児をしているため、介護が困難<br>〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕                            |
|  | 8. 上記以外の状態で介護が困難<br>〔 介護が困難な状況 : 〕   |

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

|                    |  |
|--------------------|--|
| 該当する項目1つに○をつけてください | 1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ）<br>(施設名 ) |
|                    | 2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院<br>(施設名 )                 |

4 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

|           |    |      |
|-----------|----|------|
| 担当ケアマネジャー | 氏名 | 事業所名 |
| 主治医       | 氏名 | 病医院名 |

\* 入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。

【医療等】

|                           |                        |                   |            |       |
|---------------------------|------------------------|-------------------|------------|-------|
| 病名(既往歴)                   | 発症・入院等                 | 診療機関名             | 傷害等        | 備考    |
|                           |                        |                   |            |       |
|                           |                        |                   |            |       |
|                           |                        |                   |            |       |
| 医療的処置<br>該当するものに○をつけて下さい。 | 経管栄養<br>尿管カテーテル<br>胃ろう | ストマ(人工肛門)<br>酸素療法 | その他<br>( ) |       |
| 麻痺・機能低下等                  | 無し                     | 有り                | 部位         | 程度    |
| 視力                        | 見える                    | 見えない              | 聴力         | 聞こえる  |
|                           |                        |                   |            | 聞こえない |
|                           |                        |                   |            | 程度    |

【生活面等】

該当するものに○をつけて下さい

|      |          |      |                 |     |       |          |              |
|------|----------|------|-----------------|-----|-------|----------|--------------|
| 食事   | 食事摂取について | 自立   | 見守り必要(介護者の指示含む) |     |       | 一部介助     | 全介助          |
|      | 食事形態     | 主食   | 常食              | 粥   | ミキサー食 | 副食       | 常食 刻み ミキサー食  |
|      | 水分補給     | 問題なし |                 |     | 問題有り  |          | 備考           |
|      | 禁止食品     |      |                 |     |       | 嗜好(酒・煙草) | する しない       |
| 移動   | 歩行       | 可    | 何かに掴まれば可        |     | 出来ない  |          | 備考           |
|      | 移動       | 独歩   | 杖               | 歩行器 |       | 車椅子      | シルバーカー       |
| 排泄   | 尿意       | あり   | 時々              | なし  | 備考    |          |              |
|      | 便意       | あり   | 時々              | なし  | 備考    |          |              |
|      | 方法       | 日中   | トイレ             | トイレ | おむつ   | カテーテル等   | 備考           |
| 就寝   | 状態       | 良眠   | 時々不良            | 不良  | 眠剤    | なし       | 時々 常用(服用時間)  |
| 入浴   | 方法       | 一般浴槽 | 機械浴槽(チェアー)      |     | 特別浴槽  | 備考       |              |
| 判断能力 | 名前を言える   | 出来る  | 時々可             | 極に可 | 出来ない  | 指示への反応   | 出来る 時々可 出来ない |
|      | 日課の理解    | 出来る  | 時々可             | 極に可 | 出来ない  | 意思の伝達    | 出来る 時々可 出来ない |
|      | 徘徊       | ない   | 時々              | ある  | 暴言・暴行 |          | ない 時々 ある     |
|      | 帰宅願望     | ない   | 時々              | ある  | 昼夜逆転  |          | ない 時々 ある     |
|      | 被害妄想     | ない   | 時々              | ある  | 介護に抵抗 |          | ない 時々 ある     |
| 特記事項 |          |      |                 |     |       |          |              |

【収入面等】

|      |     |   |   |      |    |    |
|------|-----|---|---|------|----|----|
| 年金収入 | 1ヶ月 | 約 | 円 | 生活保護 | なし | あり |
|------|-----|---|---|------|----|----|

高額介護サービス費情報

※ご存知の方のみの記入で結構です。

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| 第一段階 | 生活保護受給者、市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者      |
| 第二段階 | 市長村民税非課税で、課税年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下 |
| 第三段階 | 市長村民税世帯非課税で第二段階以外                 |
| 第四段階 | 上記のいずれにも該当しない方                    |

個人情報使用同意欄

私は、当法人が保管する入所申し込みに関する個人情報について、円滑なサービス提供のために必要最低限の範囲に限り使用することに同意します。

当法人は、情報の使用において関係者以外の者に漏れることのないようにします。

年 月 日

氏名 印 (本人との続柄)

福祉サービスを利用する上での資料に致しますのでお手数ですがよろしくお願い致します。  
社会福祉法人熱海いでゆの園