

第1号様式

【大和市内施設専用】

受付日	申込方法	受付者	備考
平成 年 月 日	面接・持参・郵送・CM 包括(在支)経由・()		

特別養護老人ホーム入所申込書

介護老人福祉施設スミール桜ヶ丘 施設長 殿

(施設名)		申込日：平成 年 月 日	
申込者	住所	〒 _____	
	(フリガナ) 氏名	入所希望者との続柄	
		電話番号	自宅 () 携帯電話等 ()

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ) 氏名		性別	男・女
			住民登録地	市・区・町・村
	住所	〒 _____ 電話番号 ()		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	健康保険 年金等	種別	生活保護	有 無
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無【※障害認定を受けている場合は、()の中もお書きください。】 手帳の名称 _____ (障害名 _____) (判定 種 級(度)・ 年 月 日認定)		
	介護保険	被保険者番号		※なるべく介護保険被保険者証の 写しを添付してください。
	要介護認定	<input type="checkbox"/> ①要介護1 <input type="checkbox"/> ②要介護2 <input type="checkbox"/> ③要介護3 <input type="checkbox"/> ④要介護4 <input type="checkbox"/> ⑤要介護5 *申請中の場合(申請日：平成 年 月 日) 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日(認定日 年 月 日) 【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、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と認められることが必要です。 入所を検討されている方は必ず、ケアマネージャー等と相談のうえ、次の特列入所の要件のいずれかに、 <input type="checkbox"/> にチェック(レ)をして下さい。なお、該当する要件がない方は入所ができません。		
	特列入所の要件	<input type="checkbox"/> ①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。 <input type="checkbox"/> ②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。 <input type="checkbox"/> ③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。 <input type="checkbox"/> ④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。		
	担当ケアマネージャー	氏名		電話番号： ()
	事業所名			

入所希望者の状況	居宅サービスの利用状況		<input type="checkbox"/> 訪問介護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 通所介護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護／療養介護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 定期巡回等訪問介護看護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護（事業所名： _____ ）週・月に _____ 回 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給／住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他(介護予防サービスを含む _____)	
	※該当するものすべてにチェック(レ)してください			
施設・病院等	かかりつけ病院等	(病院等の名称)	(診療科目)	
	現在、入所・入院している施設及び病院等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(軽費老人ホーム) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 (_____) (施設・病院等名) _____ (所在地) _____ 市・区・町・村 (電話番号) (_____)	年 _____ 月 _____ 頃より入所・入院施設・病院等から退所(退院)を求められて(いる・いない) (病名) _____ (服薬状況) _____	
身体状況	食事摂取	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		種類	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー
			副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> ときどきむせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる		
	排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (排泄の拒絶) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
		便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	おむつの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ ⇒おむつの種類 <input type="checkbox"/> テープ止め型紙おむつ <input type="checkbox"/> パンツ型紙おむつ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> その他(_____)		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行： <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり)			
転倒・転落の危険性	転倒の危険性 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない 転落の危険性 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない			
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない			
※最も近い状態にチェック(レ)してください。				

身体 の 状 況	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	そ の 他	(補足すべき身体の状況について、具体的に記載してください。)
入 所 希 望 者 の 状 況	認 知 症 ・ 精 神 上 の 状 況	<input type="checkbox"/> ①日常生活に支障があるような症状が見られるが、ほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> ②日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意(声かけ、見守り等)していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> ③日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> ④日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> ⑤著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする。 <input type="checkbox"/> ⑥認知症・精神上の問題なし
	症 状 ※該当すべてに チェック(レ)して ください。	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 不安焦燥感 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 破壊行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 人物誤認 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> その他 ()
介 護 者 名 等	主な介護者 (フリガナ) _____ 住所 〒 _____ 氏 名 _____ 続 柄 _____ 明・大・昭・平 _____年 _____月 _____日生 (_____ 歳) 電話番号 (_____) 入所希望者と(同居・別居) 他の介護者 <input type="checkbox"/> あり(入所希望者との続柄 _____) 氏 名 _____ <input type="checkbox"/> なし 電話番号 (_____)	
介 護 者 の 状 況 ※ 主 な 介 護 者 1 人 に つ い て	<input type="checkbox"/> ①身寄りがない若しくは家族等がい ても疎遠であるなど介護する者が いない	<input type="checkbox"/> ひとり暮らしで親族がいない <input type="checkbox"/> 要介護者だけの世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> ②介護する者が、地理的に離れてい る若しくは病院等に長期入院中な どの状況により、事実上介護が不 可能	<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院または入院中 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方(住所: _____)に在住 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> ③介護する者が、要介護状態・病気 療養中・障害を有するなどの状況 にあり、十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態 <input type="checkbox"/> 介護者が病気療養中 <input type="checkbox"/> 介護者が障害を有する <input type="checkbox"/> 介護者が年少者 (_____ 歳) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> ④介護する者が、要支援状態・高齢 等の状況にあり、十分な介護が困 難	<input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢者 (_____ 歳) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> ⑤介護する者が、複数の介護や育児 を行っているなど、十分な介護が 困難	<input type="checkbox"/> 介護者が複数の人を介護している <input type="checkbox"/> 介護者が育児を行っている <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> ⑥介護する者が、就業しているため、 十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> 介護者が一人しかおらず、かつ常勤就業している <input type="checkbox"/> 介護者がパート就業による時間的拘束があり十分な 介護ができない <input type="checkbox"/> その他 ()

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> ①今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> ②半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> ③一年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> ④将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設（大和市内・大和市外）にも申し込んでいる。 ⇒ 施設名（ _____ ）
その他の特別な状況	医療的管理が必要 現在治療中の疾病： 病名： _____ 感染症に（ <input type="checkbox"/> 該当する・ <input type="checkbox"/> 該当しない） 既往症： _____ 期間： _____年 月～ _____年 月	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 内服薬（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	自由記入欄： 上記以外で、特に在宅生活が困難な場合（または介護者の負担が著しく大きい場合）は、その状況についてご記入ください。（具体的に記入・別紙でも可）	
同意確認欄	<p>○入所申込みに関する情報について、大和市又は神奈川県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示すること。</p> <p>○入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が大和市に提示して意見を求め、報告を行うこと。</p> <p>○申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすること。</p> <p>○施設が大和市に対し提示した入所申込みに関する情報について、誤り等があることが確認された場合には大和市が施設に情報提供すること。</p> <p>上記について、同意します。</p> <p style="text-align: right;">入所希望者氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名 _____ 印</p>	

《おねがい》

- 1) 入所希望者の要介護度や介護者等の状況など、本入所申込書の記載事項等に変更があった場合、入所希望者が死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず申込みをした各施設にご連絡ください。
- 2) 認知症の問題行動や医療管理については、対応できない施設がありますので、事前に施設に確認してください。
- 3) 施設概要・設備・料金等については事前に施設に確認してください。
- 4) この申込書は入所希望者の状態等を把握するためのものです。入所の決定にあたっては、入所希望者の入所の必要性和施設側の受入体制を検討したうえで、各施設入退所検討委員会で決定されます。

《説明確認欄》

私は、入所申込に際し、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、施設から説明を受けました。

本人との続柄
（ _____ ）

_____年 月 日 氏名 _____