

入所申込書兼状況調査票

特別養護老人ホームまるめろ

施設長 殿

※ 介護保険証の写しを添付願います。

次の通り施設入居を申し込みます。

年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------|-----------|-----|--|--|
| 申請者 | ふりがな | | | 氏名 | | | 本人との関係 | () | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| | 電話 | () | | □ 大 □ 昭 □ 平 | | 年 月 日 | 生 歳 | | | |
| 本人の状況 | ふりがな | | | 氏名 | | | □ 男 ・ □ 女 | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| | 電話 | () | | □ 明 □ 昭 □ 平 | | 年 月 日 | 生 歳 | | | |
| | 要介護度 | □ 要介護1 □ 要介護4 □ 要介護2 □ 要介護5 □ 要介護3 | | 他の特養 申請状況 | 当施設の外 件() | | | | | |
| | 現在の生活状況 | □ 在宅 □ 入院中 □ 施設入所中() □ その他 () | | | | | | | | |
| | 現在の身体状況 | 食事 | □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 | | 入浴 | □ 一般浴 □ 特浴 | | | | |
| | | 歩行 | □ 自力歩行(杖・装具) □ 介助歩行 | | □ 車椅子(介助・自操) | | | | | |
| | | トイレ | □ トイレ使用(自立・介助) □ おむつ交換 □ カテーテル有 | | | | | | | |
| | | 意思疎通 | □ 可 □ 不可 | | | | | | | |
| | 認知症 | □ ある (「ある」を選択した方は下記の質問にお答えください。) □ なし | | | | | | | | |
| 次にあげるような症状がありますか? あてはまる番号全てにレ点チェック☑をしてください。 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. 記憶力の低下 (寸前の記憶が無く、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) <input type="checkbox"/> 2. 理解、判断力の低下 (言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な、質問にも答えられないことがある。) <input type="checkbox"/> 3. 見当意識の障害 (今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもが分からないことがある。) <input type="checkbox"/> 4. 昼夜逆転 (昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) <input type="checkbox"/> 5. 徘徊 (はいかい) (目的がなく歩き続けることがある。) <input type="checkbox"/> 6. 幻覚・妄想 (「お金を取られた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話したりする。) <input type="checkbox"/> 7. 収集癖 (自分のものではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動が見られる。) <input type="checkbox"/> 8. その他 (| | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | □ 自立 □ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M | | | | | | | | |
| 現在いる病院・施設名 | | | 現在右記のような処置を受けている場合は、☑印記入して下さい。 | □ 経管栄養 □ 胃ろう □ 在宅酸素 □ インスリン注射 | | □ その他 () □ なし | | | | |
| 現在の病名 | | | | | | | | | | |
| 入所時期 | □ 今すぐ (出来るだけ早く) | | □ 数カ月後 | | □ 数年後 | | | | | |
| 家族構成 | □ 一人暮らし □ 夫婦二人 □ 家族等と同居 □ その他 () | | | | | | | | | |

| 介護を行っている方の状況 | 氏名（ふりがな） | | 生年月日（年齢） | 続柄（主たる介護者に☐） | 同居の有無 | 仕事の有無 |
|---------------------|---|--|---|------------------|--|--|
| | 同居・別居にかかわらず、介護を行っている方についてお書き下さい。 | | () | () | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | () | () | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | () | () | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | () | () | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 無 |
| その他介護を行っている方の状況 | 介護を行っている方は、障害やご病気がありますか。病名等をお答え下さい。要支援、要介護認定を受けられていた際には、該当する介護度を選択ください。 | | 障害・病気が（ <input type="checkbox"/> ある） 病名： | | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護2 | |
| | 身体障害者手帳をお持ちの方は、何級かお答え下さい。 | | <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 6級 | 障害名をお書き下さい。 | | |
| | 療育手帳をお持ちの方はAかBかお答え下さい。 | | <input type="checkbox"/> A（重度） | | <input type="checkbox"/> B（中度・軽度） | |
| | 上記以外の場合にお書き下さい。 | | | | | |
| | 複数人の介護・育児をしていますか。 | | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | どなたを介護・育児していますか？ | | |
| ケアマネジャーは何処に頼んでいますか。 | 居宅介護支援事業者名： | | 電話番号： | | ケアマネジャーの氏名： | |
| 申し込み理由 | | | | | | |

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

| | |
|-----------|--|
| 特例入所の該当要件 | <input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態のため。 <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、在宅生活が困難な状態のため。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため。 <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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため。 |
| | (指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由) |

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合には、市町村から要介護者認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名（本人）

代筆者

申込をされた後に、入所を希望されるご本人の状況（要介護度・心身の状況等）及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合には、当施設宛にご連絡されるようお願いいたします。