

特別養護老人ホーム 白根そよ風の杜 入居申込書

太枠の中をご記入下さい

申込日	平成	年	月	日	受付日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

1. 申込者

ふりがな 氏名		続柄	電話番号		
			自 宅		
			携帯・会社等		
住 所	〒				

2. 入居希望者の状況

ふりがな 氏名		性 別	男 ・ 女		
		生 月 年 日	明治 大正 年 月 日(歳) 昭和		
住 所	〒				
介 護 保 険	被保険者番号			保険者名	
	要 介 護 度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4 要介護5
	認 定 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
担 当 介 護 支 援 専 門 員	有 ・ 無				
	事 業 者 名				
	氏 名				
	電 話 番 号				
健 康 保 険	種 別				
	記 号 ・ 番 号				
受 給 年 金	種 類				
障 害 者 手 帳 等	有 ・ 無				
	障 害 名				
	判 定 第	種	級		
生 活 保 護 受 給	有 ・ 無				
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他(同居家族 人)				
	<input type="checkbox"/> 病院(施設)に入院(入所) 病院・施設の名称 年 月 日から入院(入所)している				

医療の状況	病名	医療機関名	期間
・治療中の病気			年 月～
			年 月～
			年 月～
			年 月～
			年 月～
・既往歴	病名	医療機関名	期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月

次の処方を現在されている方は、該当を○で囲んでください

胃ろう 鼻腔栄養 透析 カテーテル 酸素療法 ストマ(人口肛門)
 インシュリン注射 気管切開 その他()

※内服薬・点眼薬・湿布などを記入又は、説明書を添付してください。

入居希望の理由や現在の生活で困っていることがありましたら、ご記入ください

入居の意向 今すぐ入居したい
 年 月頃までには入居したい
 他施設への申込み状況
他施設には申し込んでいない
他施設にも申し込んでいる
 (施設名)

3. ご家族の状況

同居しているご家族の状況					
主に介護にかかわっている方は◎介護にかかわっている方は○を備考欄に付けてください					
氏名	続柄	年齢	就労の状況	病気・障害等の有無	備考
			ある・ない		
			ある・ない		
			ある・ない		
			ある・ない		
			ある・ない		
別居している子供					
氏名	続柄	年齢	就労の状況	介護の協力	
			ある・ない	常時可能・緊急時可能・不可	
			ある・ない	常時可能・緊急時可能・不可	
			ある・ない	常時可能・緊急時可能・不可	
			ある・ない	常時可能・緊急時可能・不可	

4. ご本人のお体の状況

現在のお体の状況について、記入してください					
移動	独歩	杖	歩行器	車椅子(自操・介助)	
立ち上がり	自立	見守り	一部介助	全介助	
食事	自立	見守り	一部介助	全介助	経管栄養
	主食	常食	半粥	全粥	ミキサー
	副食	普通	きざみ	ミキサー	ムース食
飲み込み	むせなし		時々むせる	いつもむせる	水分でむせる
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	
	形態	一般浴	中間浴(座浴)	特殊浴	
排泄	自立	見守り(声掛け・誘導)		一部介助	全介助
	尿便意	あり	時々あり	なし	
	形態	布パンツ	パッド	リハビリパンツ	おむつ フォーレ
	備考				
着脱衣	自立	見守り	一部介助	全介助	
認知症	あり			なし	
視力	支障なし	弱視(右・左)		眼鏡(有無)	全盲
聴力	支障なし	やや難聴(右・左)		難聴(右・左)	補聴器(有無)
会話	できる	ある程度できる		できない	
麻痺	なし			あり(部位)	
拘縮	なし			あり(部位)	
歯の障害	無	一部義歯(上・下)		総義歯	
特記事項					

5. 説明確認および情報収集に係る同意

私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について、施設から説明を受けました。

なお、入居順位決定のため必要な範囲内において、私(入居希望者及びその家族)に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

平成 年 月 日

入居希望者 (印)

入居希望者の家族 (印)

希望の居室タイプをご記入ください。(料金表もご参照ください)

(第 希望)ユニット型個室

(第 希望)従来型多床室

6. ご本人の生活やお体の状況、日頃の介護の状況などご自由にお書きください
(どんなことでも構いません。ご自由にお書き下さい。)

※ご記入ありがとうございました。

7. 特例入所の要件、理由（要介護1又は2の方が申し込む場合に記入してください）

入所申込者が居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない理由（☑してください）

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

知的障がい・精神障がい等を伴い、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

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

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

上記要件の具体的な理由

※ご記入ありがとうございました。

介護支援専門員意見書

記入日 平成 年 月 日

特別養護老人ホーム 白根そよ風の杜 施設長 様

入居希望者氏名

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
(有効期間 年 月 日～ 年 月 日)					

該当する欄に○印を付けてください

認知症による不適応行動の頻度	非常に多い (毎日ある)	やや多い (週1～2回程度)	少しあり (月1～2回程度)	なし
夜間不眠や昼夜が逆転している				
1人で外に出たがり目が離せない				
火の始末や火元の管理ができない				
異食行為がある				

2. 在宅サービスの利用度

在宅サービスの利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満

3. 主たる介護者・家族の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみ世帯	その他()	
②主たる介護者の年齢・疾病	歳(続柄:)			
③介護者の障害・疾病	無し	有り()		
		介護は困難 ・ 多少は可能 ・ 介護は可能		
④介護者の就労	無し	有り()		
	高齢で就労不可	勤務	日/週、	時間/日
⑤介護者の育児・家族の病気	無し	臨時の育児看病	半日程度の育児看病	常時の育児看病
⑥他の同居介護補助者	無し	有り(続柄:)		日/週程度
⑦別居血縁者の介護協力	無し	有り(続柄:)		日/週程度

4. 日常生活自立度について、各々該当するものに1つだけ○印をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

5. その他(特記事項等)

--

作成者所属		作成者	⑩
-------	--	-----	---