※太枠の中を全て記入し，□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は，施設にご相談下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 　　年　　月　　日 |

**指定介護老人福祉施設入所申込書**

**（特別養護老人ホーム涼松）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **入所を希望する者** | フリガナ |  | 保険者名 |  |
| 氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日（　　　）歳 | 性　別（ 男 ・ 女 ） |
| 現住所(住所登録地) | （郵便番号　　　　－　　　　　）　　　　　　　　　電話番号（　　　　－　　　　－　　　　　） |
| 認定状況 | □要介護認定を受けている≪申込日現在の介護度≫　要介護（□１ ・ □２ ・ □３ ・ □４ ・ □５）≪認定有効期間≫　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日まで□区分変更申請中（平成　　年　　月　　日申請）□更新申請中（平成　　年　　月　　日申請）□要介護認定は受けていないが，認定申請中（平成　　年　　月　　日申請） |
| 現況 | □自宅で一人暮らし　□高齢者世帯(７０歳以上のみ世帯)　□自宅で家族と暮らしている□施設や病院に入っている　施設名または病院名：　　　　　　　　　　　　所在市町村：　　　　　　市・町・村　入所または入院時期：　　　　年　　月　　日から入所(入院)している |
| 入所を希望する理　　　　　由該当するものはすべて選んでください。 | □介護する者がいないため。□介護する者が「高齢」，「障害」，「疾病」等により十分な介護が困難なため。□介護者が就労していることから，十分な介護が困難なため。□居住環境の事情により，十分な介護が困難なため。□施設や病院等から退所等を求められているが，受け入れが困難なため。□その他 |
| 特　例　入　所　の　申　立入所申込者が要介護１・２の場合 | □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。□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。□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。 |
| 指定介護老人福祉施設　特別養護老人ホーム涼松　　施設長　殿　　貴施設に入所を希望するため，申し込みます。貴施設が入所判定に使用する目的で，居宅介護支援事業者，市町村，地域包括支援センター，病院，施設等から情報提供を受けることに同意します。また，市町村が居宅介護支援事業者等に，入所申込者の状況等を確認することに同意します。　　　　　　年　　月　　日　　　〒（申込者）　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　続柄： |

|  |
| --- |
| 申込者（連絡先） |
| **（ﾌﾘｶﾞﾅ）****氏　名：** | 自宅電話： | 携帯： |
| 勤務先名称：　　　　　　　　　　 | 勤務先電話：　　　　　　　　　　 |

※太枠の中を全て記入し，□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は，施設にご相談下さい）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家　　族　　構　　成 | 続柄 | 氏　　名 | 年齢 | 入所希望者と | 住　　所 | 電　　話 | 同意の有無 |
|  |  |  | 同居別居 |  |  | □　有□　無 |
|  |  |  | 同居別居 |  |  | □　有□　無 |
|  |  |  | 同居別居 |  |  | □　有□　無 |
|  |  |  | 同居別居 |  |  | □　有□　無 |
|  |  |  | 同居別居 |  |  | □　有□　無 |
| 主　　た　　る　　介　　護　　者 | フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 年　齢 | 本人との関係 |
| 介護者氏名 |  | □大正□昭和　 年　 月　 日□平成 | 　　　　　歳 |  |
| 健康状態 | □健康□疾病　　<具体的に>※疾病や障害がある場合，現在可能な介護　□排泄　□入浴　□移動　□着替え　□食事　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 介護者及び家族の状況 | □介護する者が要介護状態のため，介護困難な状態である□同居する他の要介護者を介護している□同居以外の要介護者を介護している□就労等により日中家族が不在である□乳児　□幼児　□小学生　□中学生　の世話をしている□介護可能な状態である□その他 |
| 介護者の就労 | □無　　□有　　職種：　　　　　　　　　　　　　　　日/週　　　　　時間/日□日/８時間以上　　　□日/４～８時間　　　□４時間未満 |
| 介護場所 | □自宅　　□病院又は介護老人保健施設　　□その他の施設に入所中 |
| 介 護 歴 | 　　　　年　　　月頃から介護している　（期間：約　　　　年） |
| 介護協力者 | □なし　　　□週１～３日程度の協力あり（氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　）□週４日以上の協力あり　　（氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　） |
| 入居希望者の状況 | 居住環境 | □住む家がない（□家屋の取り壊し　□借家契約の解除等　□その他（　　　　　　）□居住不能（□家の傾き　□床板の腐食　□雨漏り　□その他（　　　　　　　　　）□段差・手すり・浴室・居室の広さが介護に適さない　　□ベッドを置く場所がない　　□生活空間が２階で上がれない　　□廊下等が狭いなどで，手すり設置や段差解消ができない　　□車いすや段差解消機等介護機器も利用できない　　□その他 |

◎介護者・家族等の状況　　　　　　　　　※入所申込みに対する家族の同意についても記入してください

※太枠の中を全て記入して下さい（不明な点は、施設にご相談下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 本人氏名 |  |

※□欄は、該当するものにチェックをしてください

◎介護者・家族などの状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居希望者の状況 | 食事 | 状態 | □自立 | □見守り | □一部介助 | □全介助（経管栄養を含む） |
| 嚥下 | □むせない | □時々むせる | □毎回むせる | □トロミ剤使用 |
| 排泄 | 状態 | □自立□誘導・一部介助　　　□全介助 |
| 種類 | □トイレ　　□ポータブルトイレ　　□リハビリパンツ　　□尿器　　□オムツ |
| □膀胱留置カテーテル　　□人工肛門　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 入浴 | 状態 | □自立　　　　□見守り　　　　□一部介助　　　□全介助 |
| 方法 | □一般浴　　　□リフト浴　　　□特別浴　　　　□シャワー浴　　　□清拭のみ |
| 歩行 | 状態 | □自立　　　　□見守り　　　　□一部介助　　　□全介助 |
| 器具 | □杖　　　　　□手押し車　　　□歩行器　　　　□車椅子 |
| その他 | 意志疎通 | □充分に可　　□ある程度可　　□相づち程度なら可　　　　□不可 |
| 麻痺 | □無　　□有　→　□右上肢　　□右下肢　　　□左上肢　　□左下肢 |
| 視力 | □見える　　　□見えにくい　　□眼鏡使用　　　□見えない　（　□右　□左） |
| 聴力 | □聞こえる　　□聞こえにくい　□補聴器使用　　□聞こえない（　□右　□左） |
| 上記の中で特に困っていること等 |  |
|  |
|  |
| 認知症の状　況 | □認知症の症状はない□認知症の症状はある□物盗られ妄想や作話等で困っている　　□同じ物事を何度も言って困っている□幻視や幻聴で困っている　　　　　　　□色々な物を集めて困っている□感情が不安定で困っている　　　　　　□火・水・薬の管理が出来ず困っている□夜間不眠・昼夜逆転で困っている　　　□物を壊したり破いたりして困っている□介護への抵抗や暴言があり困っている　□不潔行為や異食行為があり困っている□ひどい（病的な）物忘れで困っている　□性的異常行為で困っている□帰宅願望や徘徊で困っている□その他 |
|  | どの位の見守りが必要か | □１週間に１回程度　□２～３週間に１回程度　□１日に１回程度□半日に１回程度　　□１～２時間程度　　□一時も目が離せない |
| 上記の中で特に困っていること等 |  |
|  |
|  |
| 経済状況 | □厚生年金　　□国民年金　　　□共済年金　　□生活保護　　　□その他 |
| 申込状況 | 本人の入居意向 | □入所を希望している　　□困っている　　□拒否している　　□知らせていない□認知低下により理解困難 |
| 他の申込施設 | 特別養護老人ホーム | 介護老人保健施設 | グループホーム | その他 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※太枠の中を全て記入し，□欄は該当するものにチェックをして下さい（不明な点は施設にご相談下さい）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入居希望者状況 | 主治医 | 医療機関名 | 医師名 |
| 医療機関所在地 | 電話番号 |
| 医療の状況 | □経管栄養　　　□胃ろう　　□在宅酸素　　　□インシュリン注射　　　□ペースメーカー□人工肛門　　　□膀胱留置カテーテル　　　　□痰吸引　　　　　　　　□褥瘡その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現病名 |
| 既往歴 |
| 現在の治療・投薬 |
| 介護支援専門員記入欄 | 担当介護支援専門員氏名 | 事業所 | 連絡先電話番号 |
|  |  |  |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | □Ⅰ　　□Ⅱa　　□Ⅱb　　□Ⅲa　　□Ⅲb　　□Ⅳ　　□Ｍ |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | □Ｊ１　□Ｊ２　□Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１　□Ｂ２　□Ｃ１　□Ｃ２ |
| 居宅における介護期間 | □5年以上　□4年以上　□3年以上　□2年以上　□1年以上　□1年未満 |
| 在宅サービス内容（利用している場合は下記記入） | 在宅サービス利用率 |
| □訪問介護　　回/月 | □訪問リハ　　　回/月 | □訪問看護　　回/月 | 年月 | 利用率 | 入院・入所　の有無 |
| □通所介護　　回/月 | □通所リハ　　　回/月 | □訪問入浴　　回/月 | 　年　月 | ％ | □有　□無 |
| 　年　月 | ％ | □有　□無 |
| □短期入所生活介護　　回/月 | □居宅療養管理指導　　　　　回/月 |
| 　年　月 | ％ | □有　□無 |
| □短期入所療養介護　　回/月 | □福祉用具貸与用品名： | 　１ヶ月平均　　　　　％ |
| 意見等（要介護1・2の方の「特例入所」の要件に関する意見を含め） |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設記入欄 |  |