

# 施設入居申込書現況調査票

施設名 特別養護老人ホーム 泉クラシック

施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

令和 年 月 日

|                    |                                |  |              |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
|--------------------|--------------------------------|--|--------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 申請者                | (ふりがな)<br>氏名                   | ( )  | 続柄 ( )       |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
|                    | 住所                             | 〒  |              |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
|                    | 電話                             | ( )  | 明・大・昭        | 年                                | 月                          | 日生 歳                         |                              |                               |                               |                             |
| 本人の状況              | 介護保険<br>被保険者番号                 | (健康保険被保険者番号ではありません。お間違いのないようにお願いします。)  |              |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
|                    | 氏名(ふりがな)                       |  | 男            | ・                                | 女                          |                              |                              |                               |                               |                             |
|                    | 住所                             | 〒  |              |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
|                    | 電話                             | ( )  | 明・大・昭        | 年                                | 月                          | 日生 歳                         |                              |                               |                               |                             |
|                    | 要介護度                           | 3 4 5<br>[特列入所] 1・2  | 他の<br>特養申請状況 |                                  |                            | 件                            |                              |                               |                               |                             |
|                    | 現在の状況                          | 在宅・入院中・老人保健施設入所中・長期間ショートステイ中( 年 月 から )<br>その他( )   |              |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
|                    | 認知症                            | ある ・ なし (「ある」の方は下記のご記入をお願いします。)  |              |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
|                    |                                | 次にあげるような症状がありましたか？あてはまるものの番号に○をつけてください<br>1. 記憶の低下(寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。)<br>2. 理解・判断の低下(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。)<br>3. 見当識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもわからない事がある。)<br>4. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中に起きてくることがある。また、不安からか真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。)<br>5. 徘徊(はいかい)(目的なく歩き続けることがある。)<br>6. 幻覚・妄想(「お金をとられた」「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。)<br>7. 収集癖(自分の物ではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動が見られる。)<br>8. その他( ) |              |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
|                    |                                | 認知症高齢者の日常生活自立度   |              | <input type="checkbox"/> 自立      | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> IIa | <input type="checkbox"/> IIb | <input type="checkbox"/> IIIa | <input type="checkbox"/> IIIb | <input type="checkbox"/> IV |
|                    | 病院・施設名                         | 現在右記のような処置を受けていますか？<br>受けているものに○をつけてください   |              | 経管栄養(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン その他( ) |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
| 病名                 |                                |  |              |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |
| 今すぐ入所する意思がございしますか？ |                                | 今すぐ ・ 数ヵ月後 ・ 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( ) |  |              |                                  |                            |                              |                              |                               |                               |                             |

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

|   |                                  | 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                      |
|---|----------------------------------|---|----------------|-------------------|-------|----------------------------|
| 介護を行っている方の状況                                | 同居・別居に関わらず、介護を行っている方についてお書きください。 |   | ( )            |                   | 同居・別居 | フルタイム・パート・無                |
|   |                                  |   | ( )            |                   | 同居・別居 | フルタイム・パート・無                |
|   |                                  |   | ( )            |                   | 同居・別居 | フルタイム・パート・無                |
|   |                                  |   | ( )            |                   | 同居・別居 | フルタイム・パート・無                |
|   | その他の介護を行っている方の状況                 | ①介護を行っている方は、障害やご病気をお持ちですか？病名等をお答えください(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。) |                | 障害・病気が(ある・ない) 病名: |       | ※要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) |
| 身体障害者手帳をお持ちの方は何級をお持ちですか？(1級・2級・3級・4級・5級・6級) |                                  | 障害名をお書きください。  |                |                   |       |                            |
| 療育手帳をお持ちの方はAかBはお答えください。                     |                                  | A(重度) ・ B( 中度・ 軽度 )   |                |                   |       |                            |
| 上記以外の場合にお書きください。                            |                                  |   |                |                   |       |                            |
|   | ②複数人の介護・育児をして( いる ・ いない )        |   | どなたの介護をしていますか？ |                   |       |                            |
| ケアマネジャーはどこに頼んでいますか？                         | 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(特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。)   |                                  |   |                |                   |       |                            |

※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<br><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<br><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<br><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)  |
| ご記入いただいた情報を当法人の特別養護老人ホーム水泉荘、地域密着型特別養護老人ホーム栗生ハウスと共有し、入居申込受付させていただいてもよろしいでしょうか。希望される場合、申し込みしたい施設に○を付けて下さい。 |  |
| <input type="checkbox"/> 希望する( 水泉荘 栗生ハウス ) <input type="checkbox"/> 希望しない                                |  |

ご本人の状況をより詳しく把握する為に、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定にかか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・捺印をお願いします。

氏名(本人) 印

---

代筆者 印

---

申込をされた後に、入所を希望される本人の状況(要介護度、心身の状況等)及び介護を行っている方の状況等に変化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。