

(参考様式1)

特別養護老人ホーム入所申込書 (その1)

申 込 日	令和 年 月 日
面 接 日※1	令和 年 月 日
受 付 日※2	令和 年 月 日
有 効 期 間	受付日から 令和 年 月 日まで

特別養護老人ホームまごめ遊美園

施設長 様

【提出者】

住 所	〒	
(フリガナ) 氏 名		本人との関係
電話番号	()	

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介護認定 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	別紙のピンクの項目から選 んで下さい(複数可) 認知症等による行動障害	ときどき見られる行動の番号： 頻繁に見られる行動の番号：			
	心身の状況	1 障害有 (障害の種類： . 級) 2 なし			
入所を希望する理由※3	1 主たる介護者 ①ない (音信不通を含む) ②長期入院、施設入所によりいない () 2 主たる介護者がいるが介護が困難 (複数回答あり) 理由 ①高齢 ②障害者 ③複数の要介護者がいる※4 ④就業 ⑤育児 () 3 地域の介護サービス等に不足がある (複数回答あり) ※5 ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 () 4 その他 ()				
医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号 (複数回答あり) 1 点滴 2 中心静脈栄養 3 透析 4 人工肛門 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開 8 疼痛看護 9 経管栄養 10 モニター測定 11 褥瘡 12 カテーテル 摂取している薬及びその頻度 _____				

※1 申込書のほか、裏面の※5の添付書類に不足・不備がないことを確認してから面接日等を決定します。※2 面接後、施設が記入します。※3 入所を希望する理由 () 内には、その具体的理由を記入してください。※4 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を () 内に記入してください。※5 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

介護者の状況	主たる介護者	(フリガナ) 氏名		性別 男・女	本人との関係	
		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)			
		同居区分	1 同居 2 別居 ()			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	従たる介護者	(フリガナ) 氏名		性別 男・女	本人との関係	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)				
	同居区分	1 同居 2 別居 ()				
	介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能				
	介護期間					
		主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況	主たる介護者の健康状態		
	有 (常勤・パート) 無	有 (人 歳) 無	良好 不良 ()			
			主たる介護者の家族の健康状態			
			良好 不良 ()			
その他	入所を希望する時期	1 今すぐ 2 年 月頃までには、入所したい				
	申込の状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地： 施設名：				
	待機月数	年 月				
	要介護1 又は2の方のみの項目 やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由	別紙の黄色の項目から選んで下さい 該当する特例入所の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ				
説明確認	<p>私は、入所申込の際、入所に関する手続き、入所申込みの有効期間及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。</p> <p>また、特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>					

- ※6 被保険者証（写）、サービス利用表（写）及びサービス利用表別表（写）（概ね直近3カ月分）を添付してください。
- ※7 入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。
- ※8 申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。
- ※9 申込の有効期間は受付日から2年間です。申込みを継続する場合、「入所申込み継続願」を提出してください。

別紙

認知症等による行動障害

認知症等による 行動障害	1 徘徊 2 外出して戻れない 3 被害的 4 大声を出す 5 介護に抵抗 6 収集癖 7 一人で出たがる 8 物や衣類を壊す 9 昼夜逆転 10 作話 11 感情が不安定 12 同じ話をする 13 落ち着きなし 14 ひどい物忘れ 15 独り言・独り笑い
-----------------	--

※「ときどき見られる行動」については、少なくとも1カ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる行動を記載してください。

※「頻繁に見られる行動」については、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる行動を記載してください。

特例入所の要件

- ア 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こと
- イ 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こと
- ウ 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こと
- エ 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こと

記入用紙 1 該当しそうなものに「すべて」丸をつけ、記入して下さい

現在の居所	自宅 ・ (施設 →) ・ 病院 →)
	訪問介護、デイ、ショート等を利用した事がない ・ (ある → 3ヶ月間に合算) 日位)
居所が施設の場合	老健 ・ グループホーム ・ 有料老人ホーム ・ 他() → 年
居所が病院の場合	入院中 ・ 退院が見込まれる ・ 退院予定日が決まっている ・ 退院するよう迫られている
かかりつけの病院	ない ・ (ある → 病院名) 医師)
ケアマネージャー	いない ・ (いる → 会社名) 氏名)
認知症	ある ・ ない ・ わからない ・ わからないがあると思う 徘徊 ・ 不潔行為 ・ 食べ物でないものを口に入れる ・ 服を脱ぐ ・ 自分を傷つける ・ 他人を傷つける ・ 独り言 ・ 奇声 暴言 ・ 大声 ・ 介護抵抗 ・ 収集癖 ・ 寝ない ・ 昼夜逆転 ・ 被害妄想 ・ ひどい物忘れ ・ 放尿、放便 ・ 暴力 ・ 不安
過去の病気や怪我など	→
現在の病気や怪我など	→
飲んでいる薬	→
医療的な行為	必要ない ・ (必要ある → 入院中) ・ (必要ある → 通院 週に) 回) たんの吸引 (昼 回、夜 回) ・ 点滴 ・ 中心静脈 ・ 透析 ・ 人工肛門 ・ 酸素 ・ いろいろ ・ 糖尿 ・ 心臓病 インシュリン ・ 高、低血圧 ・ じょくそう ・ 皮膚しっかん ・ 精神しっかん ・ その他 ()
食事	自立 ・ 見守り ・ 少し手伝う ・ 全部介助 ・ 口からは食べられない ・ 食べたがらない 主食 → (常食 ・ 粥 ・ ミキサー ・ その他) 副食 → (常食 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ソフト食 ・ ミキサー ・ その他) 飲み込み (むせない ・ 時々むせる ・ むせる事が多い ・ ころみを使用している ・ 誤嚥の危険があると言われた事がある)
排泄	自立 ・ 見守り ・ 少し手伝う ・ 時々手伝う ・ 全部介助 ・ 便をいじる ・ 失敗が多い トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器など ・ 尿意や便意がある ・ 放尿や放便がある ・ 過去に放尿などした事がある オムツ ・ リハビリパンツ ・ パット ・ 布パンツ ・ 便秘がち ・ 下剤を使用している ・ 下痢がち ・ 排便間隔 (日間隔)
入浴	自立 ・ 見守り ・ 少し手伝う ・ 全部介助 ・ 拒否 (ある ・ 時々 ・ ない) ・ 器械浴
身体など状況	杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 (自分で操作 ・ しない) ・ 寝返りができない ・ 寝たきり 座位 → (ベッドに座ってられない ・ 支えれば座ってられる → 安定 ・ 不安定) ・ 転倒 (危険性あり ・ なし) 立位 → (自分で立てない ・ 支えると立てる → 安定 ・ 不安定) ・ 話できる ・ 話できない ・ 意思疎通ができる 意思疎通がなんとなく出来る ・ 意思疎通は出来ない ・ 目が見えない ・ 見えづらい ・ 耳が聞こえない ・ 聞こえづらい 補聴器使用 ・ 麻痺がある (右 ・ 左 ・ 上身 ・ 下身) ・ 入歯あり (上 ・ 下) ・ 装具をしている ()

※裏面も必ずご記入ください。→

必ず「すべて」の質問にお答えください

主に介護している人の状況	主に介護している家族がいない（身寄りがない）・いる 家族はいるが介護が出来ない →（理由） 主に介護している人の年齢 → 歳 主に介護している人は障害者である・ではない・要介護認定者である・ではない 仕事や育児で介護困難（仕事、勤務時間、出勤数 →）・ではない 主に介護している家族はいるが入院などしている・していない
介護している家族等の状況	要介護3以上の家族が2名以上・要介護1、または2の家族が2名以上・どちらでもない ご家族の構成をすべてお書きください（同居ではないご家族もご記入ください） ↓ 例）馬込花子 妻 ……72歳 リウマチ通院治療中 本人と同居、デイサービス利用中 蓮田知子 長女 ……53歳 別居、神奈川県在住 主婦 疎遠の為、協力期待できない
保険証	介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証・受給者証 後期高齢者被保険証・後期高齢者医療限度額摘要 標準負担額減額認定証・医療受給者証・指定難病医療受給者証 精神保健福祉手帳・身体障害者福祉手帳・心身障害者医療受給資格証
本人の状況	みどりの手帳を持っている・持っていない 精神障害者保健福祉手帳を持っている・持っていない 単身世帯である・単身世帯ではない・さいたま市内・さいたま市外

※ご記入ない場合は、お申込みいただいても入所のご案内が出来かねます。

※裏面も必ずご記入ください。→