

特別養護老人ホーム遊美園 入所申込書(その1) (記入例)

受付番号(ID)			取り下げ年月日	取り下げ理由
申込日	平成 年 月 日	備考:	平成 年 月 日	
受付日	平成 年 月 日	受付者氏名:	印	受付者氏名:
				印

【提出者】

特別養護老人ホーム遊美園 施設長様

提出に来られた方のお名前をご記入ください。ご本人が難しい場合は、ご家族様・後見人様・ケアマネージャー様等になります。

状況の確認等のご連絡をさせていただきますので、連絡の取れる番号をご記入ください

住所	〒		
(フリガナ)			本人との関係
氏名			
電話番号	()		

特別養護老人ホーム遊美園 入所される方のお名前をご記載 込みます。

本	(フリガナ) 氏名		性別	保険者	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号	
	住所	〒	女	要介護度	1・2・3・4・5
	認知症等による行動障害(別表1参照)	とどき見られる行動の番号 頻繁に見られる行動の番号	介 護 認 定	平成 年 月 日から	まで
人	心身の状況	1 障害有(障害の種類: 級) 2 なし			
状	理由	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複数の介護者がいる※2 ④就業 ⑤育児 () 3. 地域サービス等に不足がある(複数回答あり) ※3 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頻度			

特別養護老人ホーム遊美園 入所される方のお名前をご記載 込みます。

別表1の「認知症による行動障害の番号を記入してください。とどききは、1ヶ月に1回程度、頻繁は、1週間に1回以上

介護をされている方、若しくは身の回りの事や手続き等をされている方の状況の確認です。書面が足りなければ、「調査表」にご記入若しくは別紙を添付してください。

※1 入所を希望する理由()内には、その具体的な理由を記入してください。
 ※2 複数の介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を()内に記入してください。
 ※3 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遊美園優先入所申込書(その2)

受付番号 (ID)
本人氏名

介 護 者 の 状 況	主たる 介 護 者	(フリガナ) 氏 名	性別	本人との関係	
		生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)		
		同 居 の 区 分	1 同 居 2 別 居 ()		
	従たる 介 護 者	(フリガナ) 氏 名	性別	本人との関係	
		同 居 の 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)	有 (人 歳)	良好 不良 ()		
	無	無	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 今すぐ入所したい 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			
	やむを得ない事情により居宅において日常生活を行うことが困難である理由(要介護度1又は2のみ)	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> 要介護1・2の方のみになります。詳細にお書き下さい。紙面が足りない場合は、別紙を添付してください。 別表1の「特例入所の要件を参照し、記入してください。 </div> 該当する特例入所の要件 ア・イ・ウ・エ ※別紙をご確認の上、該当する要件を選択してください			
説明 確 認	私は、入所申込の際、入所に関する手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 また、特例入所の判断にあたり、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。 平成 年 月 日 氏名 _____				

※認定調査表(写)、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ヶ月分)を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

特別養護老人ホーム遊美園 入所申込調査表 (記入例)

受付番号(ID)
本人氏名

日常生活の状態(下記の該当する番号1つに○、該当する□にチェックをしてください)

食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可	
	食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
		副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤使用	
排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	尿意	尿意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	便意	便意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パッド(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)	
	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()	
入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	方法	<input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設器械浴	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	拒否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある	
動作等	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	
	立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可	
	座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない	
	意思	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない	
	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> その他)	
ご家族の介護が困難な理由について、詳細にお書き下さい。	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>ご家族の状態で、介護が大変な部分を具体的に記入ください。 優先入所の判定の参考にさせていただきます。 別紙を添付して頂いてもかまいません。</p> </div>		
	要介護1・2以外の方のみ その他の困難事由(できるだけ詳しくお書きください。別紙等で記載でも可)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>ご本人の状態で、介護が大変な部分を具体的に記入ください。 優先入所の判定の参考にさせていただきます。 別紙を添付して頂いてもかまいません。</p> </div>	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>具体的な事は差し支えない程度で、結構です。</p> </div>	
経済的環境	国民年金・厚生年金	その他の収入: (月額 円)	
	月額(円程度)	生活保護受給: 有・無 (月額 円)	
	その他(経済面の困窮他、ご家族の問題も含め、困難事由があれば、お書き下さい)		

特別養護老人ホーム遊美園 入所申込書(その1)

受付番号(ID)		取り下げ年月日	取り下げ理由
申込日	平成 年 月 日	備考:	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日	受付者氏名: 印	受付者氏名: 印

【提出者】

特別養護老人ホーム遊美園 施設長様

住所	〒		
(フリガナ)			本人との関係
氏名			
電話番号	()		

特別養護老人ホーム遊美園に入所したいので、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		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男・女	被保険者番号		
	住所	〒	介護認定 期 間	要介護度	1・2・3・4・5	
	認知症等による行動 障害(別表1参照)	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				
	利用している在宅 サービス	利用サービス ()	・利用状況(利用率) ()%			
	老健・病院等の入所・ 入所期間	入所している施設の種類() 施設名() 入所日:平成 年 月 日 入所期間: 年 月				
	入所を希望する理由 (※1)	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複数の介護者がいる※2 ④就業 ⑤育児 () 3. 地域サービス等に不足がある(複数回答あり) ※3 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頻度				

※1 入所を希望する理由()内には、その具体的な理由を記入してください。

※2 複数の介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を()内に記入してください。

※3 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遊美園優先入所申込書(その2)

受付番号(ID)
本人氏名

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(フリガナ) 氏名	性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
		同居の区分	1 同居 2 別居()		
	従たる 介護者	(フリガナ) 氏名	性別	本人との関係	
		同居の区分	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)	有(人 歳)	良好 不良 ()		
	無	無	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 今すぐ入所したい 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			
	やむを得ない事情により居宅において日常生活を行うことが困難である理由(要介護度1又は2のみ)	該当する特例入所の要件 ア・イ・ウ・エ ※別紙をご確認の上、該当する要件を選択してください			
説明 確認	私は、入所申込の際、入所に関する手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 また、特例入所の判断にあたり、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。 平成 年 月 日 氏名				

※認定調査表(写)、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ヶ月分)を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

特別養護老人ホーム遊美園 入所申込調査表

受付番号(ID)
本人氏名

日常生活の状態(下記の該当する番号1つに○、該当する□にチェックをしてください)

食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可
	食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
		副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤使用
排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	尿意	尿意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	便意	便意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パッド(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)
	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()
入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	方法	<input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設器械浴
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	拒否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある
動作等	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
	立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
	座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
	意思	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない
	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> その他)
ご家族の介護が困難な理由について、詳細にお書き下さい。		
要介護1・2以外の方のみ その他の困難事由(できるだけ詳しくお書きください。別紙等で記載でも可)		
経済的環境	国民年金・厚生年金	その他の収入: (月額 円)
	月額(円程度)	生活保護受給: 有・無 (月額 円)
	その他(経済面の困窮他、ご家族の問題も含め、困難事由があれば、お書き下さい)	

別表1

特別養護老人ホーム 遊美園
入所申込み書類

認知症による行動障害	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 1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ヶ月間に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。

※2 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

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みられること
- イ 知的障害・精神障害を伴い、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みられること
- ウ 家族等による深刻な虐待等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な状況であること