

## 特別養護老人ホーム入所申込書

申込者(連絡先) ※今後、郵便物などは下記の連絡先へとお送りさせていただきます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

住所	(〒 - )
氏名	
電話	( )

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申込します。

申込先	特別養護老人ホーム更科ホーム	保険者		
入所希望者の状況(レ点記入願います)	(フリガナ)	性別	被保険者番号	
	氏名	男・女	要介護度 1・2・3・4・5	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日( 歳)	認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現住所(所在地)	(〒 - )		
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で独りでくらしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている。 施設名または病院名【 】 所在地(市区名)【 】 入所又は入院時期【平成 年 月から 入所・入院 している】		
	入所希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的負担、精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の諸事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所、退院を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他【 】		
	希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 / <input type="checkbox"/> 【平成 年 月】頃までには入所したい。		
	医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃婁 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気・特記事項等		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 更科ホームのみの申込 <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる。(または予定) 【 】 【 】 【 】 【 】		
	介護者情報	(フリガナ)	性別	続柄
氏名		男・女	生年月日 大・昭 年 月 日( 歳)	
現況区分		<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している【住所: 】		
ご意見	<input checked="" type="checkbox"/> 困っていること、不安なことをお書きください。			

※『被保険者証(写し)』・直近3か月分の『サービス利用票及び別表(写し)』を添付してください。

(申込 1/5)

特別養護老人ホーム入所調査票 (該当する箇所に『○』または『レ』をつけ、必要事項を記入してください。)

1. 本人の状況

要介護度	1・2・3・4・5	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 】
認知症状	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他【 】		

2. 在宅サービスの利用頻度

在宅サービス割合	<input type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 30%未満
----------	---

3. 主たる介護者・家族等の状況

世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他【 】
介護者の年齢・続柄	大・昭 年 月 日( 歳) ・ 続柄【 】
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担はない
介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【 】
介護者の就労	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【職種: /就労時間: 】
他の要介護者(要支援)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 要支援 1・2
他の要介護者(要介護)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 要介護 1・2・3・4・5
介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【 】
介護者の介護の関わり方(思い)	<input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや積極的 <input type="checkbox"/> 積極的
他の同居者・介護補助者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる【続柄: /関わる頻度: 日】
別居血縁者の介護補助者(協力)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる【続柄: /協力の頻度: 日】
近隣者等の介護補助者(協力)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり

4. 特記事項(特に伝えておきたい事柄がありましたら、ご記入ください。)

※調査票記入上の参考

- 『認知症状』については、昼夜逆転・徘徊・暴言・暴行・放尿・放便などの、認定調査における周辺症状に関する項目が3つ以上ある場合で、毎日ある場合は【非常に多い】、週に1~2回以上ある場合で【やや多い】、月に1~2回程度ある場合で【少しあり】となります。
- 『近隣者等の介護補助者(協力)』については、週に1~3日程度は【随時あり】、週に4日程度は【常時あり】となります。

記入者氏名

印

入所希望者状態調査票 (該当する箇所に『レ』をつけ、必要事項を記入してください。)

入所希望者氏名: \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 記入者氏名: \_\_\_\_\_

【既往歴及び現病名】

---



---



---

身体状況 (レ点記入願います)	視力	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に問題がない程度) <input type="checkbox"/> 弱視(目の前のものは見える。遠くのものは、ぼんやりと輪郭がわかる) <input type="checkbox"/> 全盲
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通・日常会話に支障はない ( <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 ) <input type="checkbox"/> やや大き目の声で聞こえる ( <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 ) <input type="checkbox"/> 耳元で話せば聞こえる ( <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 ) <input type="checkbox"/> 聞こえない ( <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 )
	意思の疎通 (表現)	<input type="checkbox"/> 相手に理解させることができる。 <input type="checkbox"/> 通常は理解させることができるが、言葉を思い出したり、考えをまとめることが困難。 <input type="checkbox"/> 具体的な内容に限られる。 <input type="checkbox"/> ほとんどできない。 <input type="checkbox"/> 言語障害がある。
	意思の疎通 (理解)	<input type="checkbox"/> ほとんど理解している。 <input type="checkbox"/> 普段は理解しているが、時折困難。 (認知症や疾患により、その時々で理解度が異なる。) <input type="checkbox"/> 具体的な内容に限られる。 <input type="checkbox"/> ほとんど理解できない。
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる。 <input type="checkbox"/> 見守りや声掛けが必要。 <input type="checkbox"/> 少しの介助があれば、食べることができる。 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要。 <input type="checkbox"/> 経管栄養等(口から食べることができない。)
	移動	<input type="checkbox"/> 屋外・室内ともに、自分で歩くことができる。( <input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 ) <input type="checkbox"/> 室内であれば、自分で歩くことができる。( <input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 ) <input type="checkbox"/> 介助者が付き添えば、歩くことができる。( <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 ) <input type="checkbox"/> 歩行はできないが、何かに掴まれば、立つことはできる。 <input type="checkbox"/> 車椅子を自分で動かして、移動することができる。 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、自分で動かすことができない。 <input type="checkbox"/> ベッドのみの生活。( 移動時 : <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー )



**入所希望者・ご家族現状等記入票**（該当する箇所に『○』または『レ』をつけ、必要事項を記入してください。）

在宅の方	<b>【現在、主に利用しているサービス種類はなんですか】</b> <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問医療 <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイサービス <input type="checkbox"/> その他【 <span style="float: right;">】</span>
	<b>【ご利用している方は、現在利用しているサービスに不満（ある・ない・不明）】</b> <input type="checkbox"/> 具体的内容【 <span style="float: right;">】</span>
	<b>【介護者されている方は、現在利用しているサービスに不満（ある・ない・不明）】</b> <input type="checkbox"/> 具体的内容【 <span style="float: right;">】</span>
施設入所中の方	<b>【現在入所中の施設への入所理由はなんですか】</b> <input type="checkbox"/> 本人の身体的理由【 <span style="float: right;">】</span> <input type="checkbox"/> 本人の精神的理由【 <span style="float: right;">】</span> <input type="checkbox"/> 介護者の身体的理由【 <span style="float: right;">】</span> <input type="checkbox"/> 介護者の精神的理由【 <span style="float: right;">】</span>
	<b>【現在入所中の施設より、退所を勧められていますか】</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい【 <span style="float: right;">いつ頃までに <span style="float: right;">】</span></span>
病院入院中の方	<b>【現在入院中の病院への入院理由はなんですか】</b> <input type="checkbox"/> 本人の疾病により入院【病名： <span style="float: right;">】</span> <input type="checkbox"/> リハビリテーション・療養目的 <input type="checkbox"/> その他【 <span style="float: right;">】</span>
	<b>【現在入所中の病院より、退院を勧められていますか】</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい【 <span style="float: right;">いつ頃までに <span style="float: right;">】</span></span>

<b>【ご本人様は、特別養護老人ホームへの入所を希望されていますか】</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 確認していない <input type="checkbox"/> 現在の本人の状態では理解できない <input type="checkbox"/> いいえ（入所の際に、ご本人様は拒否されると考えられる / 特にないと思う）
<b>【特別養護老人ホームへの入所にあたり、心配や不安はありますか】</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 現在のところ、思い当たらない <input type="checkbox"/> ある【 <span style="float: right;">】</span>
<b>【お申込者様以外の親族の方は、特別養護老人ホームの入所を希望されていますか】</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（確認していない / 他に親族がいらない / その他【 <span style="float: right;">】</span> ）

ご記入ありがとうございました。その他、なにかございましたら、別紙添付をお願い致します。