

## 特別養護老人ホーム彩幸の杜 入所申込書

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

## 【申込者】

特別養護老人ホーム彩幸の杜 施設長様

住所	〒	
(フリガナ) 氏名		本人との関係
電話番号	自宅 携帯	

特別養護老人ホーム彩幸の杜へ入所したいので、次のとおり申込みます。

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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	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			
	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 複数の要介護者がいる※2 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)※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その頻度 _____			

※1 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。

※2 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。

※3 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

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	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
		同居区分	1 同居 2 別居 ( )			
	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	明・大・昭 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	年 月 頃から ( 年 カ月)			
		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				
	申込みの状況	1 当該施設のみ申込む 2 他の施設に申込んでいる 所在地 : 施設名 :				
	待機月数	年 カ月				
	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 (要介護1又は2の方のみ)	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、入所申込みの際、入所に関する手続き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。 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 _____					

※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。  
 ※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み取下げ書」を提出してください。  
 ※申込み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。

# 状 況 調 査 票

身 体 の 状 況	身長	cm	体重	kg	眼鏡	使用	未使用	
	視力	普通 ・ 1mで見える ・ ほとんど見えない ・ 見えない(白内障 緑内障 その他 )						
	聴力	普通 ・ 大きな声なら聞こえる ・ ほとんど聞こえない						
	補聴器	使用( 右 左 )		未使用	言葉	普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由		
	障 害	視覚 ・ 聴覚 ・ 言語 ・ 肢体 ( 上肢 ・ 下肢 ・ 上下肢 ・ 右 ・ 左 )						
		障害者手帳		無	有 (	級	種)	
	睡眠	良眠 ・ やや不眠 ・ 不眠 ( 布団 ・ ベット )						
	移 動	自立歩行 ・ 杖歩行 ・ シルバーカー ・ 歩行器						
		車いす自力		車いす介助		その他 ( )		
	移 乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助						
	排 泄	自立 ・ 誘導 ・ ポータブルトイレ						
		紙パンツ ( 昼間 ・ 夜間 )			紙おむつ ( 昼間 ・ 夜間 )			
	尿便意	尿意 ( 無 ・ 有 )		便意 ( 無 ・ 有 )		失禁 ( 無 ・ 有 )		
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		( 一般浴 ・ 機械浴 )				
	着 脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助						
	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ マーゲンチューブ ・ 胃ろう						
		主食 ( 常食 ・ 刻み ・ 粗刻み ・ 極刻み ・ ペースト )						
	義 歯	無 ・ 有 ( 総義歯 ・ 一部 ・ あるが使用しない )						
	嗜 好	好物 ( ) ・ 嫌い ( )						
アレルギー	無 ・ 有 ( )							
医 療 行 為	無 ・ 有 ( )							
	1 経管栄養	2 胃ろう	3 インスリン	4 気管切開	5 褥そう(床ずれ)(部位: )			
	6 吸引	7 ストマ	8 バルーンカテーテル留置		9 点滴			
	10 その他( )							
既 住 歴	内服薬	無		有 ( )				

# 状 況 調 査 票

## 緊急連絡先

1	ふりがな 氏 名	続柄	住所	電話番号・携帯番号
				自宅 携帯
2	ふりがな 氏 名	続柄	住所	電話番号・携帯番号
				自宅 携帯
3	ふりがな 氏 名	続柄	住所	電話番号・携帯番号
				自宅 携帯

## 利用料負担額・収入・年金種類 等

負担	入所者 利用予定金額 ※彩幸の杜入所利用料金表参照	円/月 ・		円/年	
減額	介護保険負担限度額認定証	無 ・ 有		第 段階	
本人収入	年金種類	1 国民年金    2 厚生年金    3 共済年金    4 障害年金    5 恩給    6 受給なし			
	生活保護の有無	無 ・ 有			
	年金受給額	円/月 ・		円/年	
	その他の収入	円/月 ・		円/年	
	合 計	円/月 ・		円/年	
負担者	氏 名	印	電話番号		
	住 所	自宅	1. 戸 建	持家	借家
			2. 集合住宅	分譲	賃貸
	勤務先名	勤務先住所		勤続年数	勤務先電話番号
	年 収	<input type="checkbox"/> ~200万円 <input type="checkbox"/> ~300万円 <input type="checkbox"/> ~400万円 <input type="checkbox"/> ~500万円 <input type="checkbox"/> 500万円以上			
	氏 名	印	電話番号		
	住 所	自宅	1. 戸 建	持家	借家
			2. 集合住宅	分譲	賃貸
	勤務先名	勤務先住所		勤続年数	勤務先電話番号
年 収	<input type="checkbox"/> ~200万円 <input type="checkbox"/> ~300万円 <input type="checkbox"/> ~400万円 <input type="checkbox"/> ~500万円 <input type="checkbox"/> 500万円以上				

## 家族構成

# 別紙

別表1

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ヵ月間に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