

# 特別養護老人ホームときわ園入所申込書

様式 1

**申込者**(連絡先) 入所する方ではなく、手続きする方の情報です。  
 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

事務記入欄:

受付日	令和 年 月 日
受付番号	
従来型 ・ ユニット型	

住所	〒 -	
フリガナ		入所者との続柄
氏名		(印)
自宅電話	-	-
携帯電話	-	-

特別養護老人ホームに入所したいので、次の通り申し込みます。

申込日	令和 年 月 日	保険者	(*) 被保険者証に記されている市町村名を書いてください。			
(フリガナ) 入所を希望する方の 氏名	性別	介護保険 被保険者番号				
	男・女	年齢	要介護度	要介護認定期間		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳		平成 年 月 日から		
				令和 年 月 日まで		
現住所	〒 -					
現状	1. <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている 2. <input type="checkbox"/> 病院に入っている 3. <input type="checkbox"/> 老人ホームに入っている ● 施設や病院に入っている方は、記入してください。 施設・病院名: _____ 所在地: _____ 市 _____ 区 入所または入院時期: 平成 _____ 年 _____ 月から入所・入院している。					
入所希望者の 情報の 情報	1 入所申込みができるのは、原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。) <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"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所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( _____ )					
	2 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、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。 <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みられる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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。					
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 【 現在治療中の病気・特注事項等 】					

(様式1~4すべて記入してください)

2019/4/1

主たる介護者	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	氏名		男・女		大・昭・平 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所： _____ ）			
	意見	【 介護をしているうえで困っていること等 】			入所者との続柄

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ● 既に申し込んでいる他の施設名：  ● 今後申し込む予定の他の施設名：
希望状況	<input type="checkbox"/> 本館 従来型(多床室:複数人部屋)の入所を希望します。 <input type="checkbox"/> 新館 ユニット型(全室個室)の入所を希望します。 <input type="checkbox"/> どちらでも早く入れるほうの入所を希望します。 (※)上記の該当するものすべてにチェックしてください。

ご本人の状況について	介護に関する状況について	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		移動(1)	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 車いす
		移動(2)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		視力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
		聴力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
		意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない
医療の状況	現在の治療中の病気					
	病名		入院・通院医療機関名		期間	
					H 年 月 日～	
					H 年 月 日～	
					H 年 月 日～	
認知症	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし    (「ある」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すか？(あてはまるものの番号すべてに○をつけてください。)					
	1 記憶力の低下(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。)					
	2 理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問に答えられないことがある。)					
	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がわからないことがある。)					
4 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。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。)						
5 外出中に道に迷ったり、元のいた場所に戻れなくなる(昔:徘徊(はいかい))						
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あったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。)						
7 収集癖(自分のものではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動がみられる。)						
8 その他 ( )						
症状の出る頻度 <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度						
介護サービスの利用状況について	利用しているサービス					
	サービス区分	サービス利用機関名			利用状況	
	訪問介護				回/週	
	訪問看護				回/週	
	通所介護				回/週	
	通所リハビリ				回/週	
	短期入所				日/1ヶ月	
その他				日/1ヶ月		

