

入居申込書兼状況調査票

施設名 特別養護老人ホーム いこいの郷・燕沢

施設長殿

次の通り施設入所を申し込みます。

平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 氏名	(つばめさわ たろう) 燕沢 太郎	続柄(長男)	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇〇		
	ご自宅電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	携帯電話	
	つながりやすい時間帯	18 時頃	明・大・昭・平 25年 7月 9日生 68歳	
本人の状況	介護保険被保険者番号	(健康保険被保険者ではありません。お間違いのないようにお願いします。) 介護保険被保険者番号 (保険証、上部の番号)		
	(ふりがな) 氏名	(つばめさわ いちろう) 燕沢 一郎	男・女	
	住所	〒〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇〇		
	電話	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	明・大・昭 12年 11月 1日生 95歳	
	要介護度	3 4・5 [特例入所] 1・2	他の特養申請状況	〇〇件
	現在の状況	在宅・入院中・老人保健施設入所中・有料老人ホーム入所中・その他()		
	認知症	<p>ある・なし(「ある」方は下記のご記入をお願いします。)</p> <p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、何度も同じことを聴いたりする。) 2. 理解、判断力の低下(言葉や言語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。) 3. 見当意識の障害(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. 徘徊(はいかい)(目的がなく歩き続けることがある。) 6. 幻覚、妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」など実際にはないことを訴える妄想が起こったり、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ものや、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 () 		
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	病院・施設名	〇〇病院	現在、右記のような処置を受けていますか？	経管(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン
	病名	多発性脳梗塞	受けているものに○を付けてください	その他()
今すぐ入所する意思がございますか？	今すぐ ・ 数か月後 ・ 数年後 ・ その他()			
家族構成	1人暮らし・夫婦二人・家族等と同居・その他()			

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行われている方の状況	同居・別居にかかわらず、介護を行っている方についてお書きください。	(ふりがな) 氏名	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者に◎)	同居の有無	仕事の有無
		(つばめさわ たろう) 燕沢 太郎	25. 7. 5 (65)	長男 (◎)	同居・別居	フルタイム・パート・無職
		()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無職
		()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無職
		()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無職
その他介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障がいや病気がありますか。病名等をお答え下さい。(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。)		障がい・病気が <input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない		※要支援 <input checked="" type="radio"/> 1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)	
	身体障がい者手帳をお持ちの方は何級かお答えください。 (1級、2級、3級、 <input checked="" type="radio"/> 4級、5級、6級)		障がい者名をお書き下さい。		心臓機能障害	
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお答えください。		A(重度)・B(中度・軽度)			
	上記以外の場合にお書きください。					
②複数人の介護・育児をして <input type="radio"/> いない <input checked="" type="radio"/> いる		どなたを介護していますか？		燕沢 花子(母)		
ケアマネジャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名： 〇〇〇居宅介護支援事業所		ケアマネジャーの氏名： 〇〇 〇〇		電話番号： 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
法定代理人を選定していますか	<input type="radio"/> いない <input checked="" type="radio"/> いる	職種：	氏名： 〇〇 〇〇	電話番号： 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
申し込み内容(特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。)						

※要介護1又は2の方は、以下の特列入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特列入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため
	<input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等を伴い日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態のため
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため
	<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢者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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため
(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)	

ご本人の状況をより詳しく把握するために施設が必要な場合は、市町村から要介護者認定に係る認定調査票の情報を提供して頂いてもよろしいでしょうか。よろしければ下記に署名・押印をお願いします。

申請者(本人) 燕沢 太郎 印

代理人 燕沢 一郎 印

申込をされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度、心身の状況等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。