

# 入所申込書兼状況調査票

施設名 介護老人福祉施設 セツ浜自生苑

施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

年 月 日

申請者	氏名(ふりがな)			続柄( )
	住所	〒		
	電話	( )	明・大・昭	年 月 日生 歳
本人の状況	介護保険被保険者番号	<small>(健康保険被保険者番号ではありません。お間違いないようにお願いします。)</small>		
	氏名(ふりがな)			男・女
	住所	〒		
	電話	( )	明・大・昭	年 月 日生 歳
	要介護度	3・4・5 [特例入所] 1・2	他の 特養申請状況	件
	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		ケアマネジャーの氏名  電話番号: ( )
	現在の状況	在宅・入院中・老人保健施設入所中・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> <p>1. 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聞いたりする。)</p> <p>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、簡単な質問にも答えられないことがある。)</p> <p>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。)</p> <p>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。)</p> <p>5. 徘徊(はいかい)(目的がなく歩き続けることがある。)</p> <p>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。)</p> <p>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。)</p> <p>8. その他( )</p>		
		認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M	
	病院・施設名	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	受けているものに○を付けて下さい。	その他( )		
今すぐ入所する意思がございましたか？	今すぐ・数ヵ月後・数年後			
家族構成	一人暮らし・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ます。

介護 を行 う て い る 方 の 状 況	同居・別居にか かわらず、介護 を行なっている 方についてお書 き下さい。	氏名(ふりがな)	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	
			( )	( )	( )	同居・別居	フルタイム・ パート・無
			( )	( )	( )	同居・別居	フルタイム・ パート・無
			( )	( )	( )	同居・別居	フルタイム・ パート・無
			( )	( )	( )	同居・別居	フルタイム・ パート・無
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、障害やご病 気をおもちですか？病名等をお答えく ださい。(※要支援・要介護認定を受け られていたらそれもお書き下さい。)		障害・病気が(ある・ない) 病名：			※要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)	
	身体障害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・4級・5級・6級)		障害名をお書き下さい。				
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお 答え下さい。		A(重度)・B(中度・軽度)				
	上記以外の場合にお書き下さい。						
	②複数人の介護・育児をして (いる・いない)		どなたを介護していま すか？				
申し込み理由(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または2の方は、以下の特列入所の該当要件にチェックの上、理由も記入して下さい。

特 例 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、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、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、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を提供していただ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。

氏名(本人)

印

代筆者

印

本申込書は、申込みを行った日より1年間有効とします。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、当施設まで速やかにご連絡下さるようお願いいたします。