

特別養護老人ホームなごみの里入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

申し込み者	住所	〒	氏名	(ふりがな)	本人との関係
	電話番号			携帯番号	

特別養護老人ホームなごみの里へ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(ふりがな)				性別			保険者						
	氏名				男・女									
	住所	〒			被保険者番号									
	電話番号				要介護度	1・2・3・4・5								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	介護認定期間	平成・令和	年	月	日から 平成・令和	年	月	日まで
	現在利用している在宅サービスの状況	1 訪問介護 (月 回 週 回)			6 通所リハビリテーション (月 回 週 回)									
		2 訪問入浴介護 (月 回 週 回)			7 短期入所生活介護 (月 回 週 回)									
		3 訪問看護 (月 回 週 回)			8 短期入所療養介護 (月 回 週 回)									
		4 訪問リハビリテーション (月 回 週 回)			9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()									
		5 通所介護 (月 回 週 回)			10 その他 ()									
施設・病院に入所・入院している場合	施設(病名)名 入居(入院)期間													
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 ()													
認知症等による行動障害の数字を記入	ときどき見られる: _____ 頻繁に見られる: _____													
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.....少なくとも月に1回以上、1週間に1回未満 ※頻繁.....少なくとも1週間に1回以上														

※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。

特別養護老人ホームなごみの里入所申込書

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな)		性別	本人との関係		
		氏名					
		生年月日	明・大・昭・令	年	月	日 (歳)	
		同居の区分	1 同居 2 別居 ()				
	従たる 介護者	(ふりがな)					
		氏名					
		生年月日	明・大・昭・令	年	月	日 (歳)	
		同居の区分	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						
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)	有 (人 歳)		良好・不良 ()				
無	無		主たる介護者の家族の健康状態				
			良好・不良 ()				
保 険 等	・国民健康保健 (本人・家族) ・社会保険 (本人・家族) ・後期高齢者医療被保険 ・心身障害者医療費受給者証 ・重度心身障害者医療費受給者証 ・その他 () ・介護負担限度額証 なし・あり (段階) ・負担割合証 (1割・2割・3割) ・年金種類 (国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ 老齢福祉 ・ その他 ・ 無し) ・身体障害者手帳 ・精神保健福祉手帳 ・みどりの手帳						
そ の 他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい					
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 施設名:					
	待機期間	年 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 ※下記の特例入所の要件をご確認の上、該当する要件を選択してください					
説 明 確 認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏 名: _____						

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等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

※被保険者証(写)、サービス利用者(写)及びサービス利用表別表(写)(概ね直近3ヶ月分)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取下げ書」を提出してください。

※申込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。

入所希望者様身体状況票

身 体 状 況	視力	1. 普通 2. やや悪い 3. 人や物の動きがわかる 4. ほとんど見えない			眼鏡	(無・有)	
	聴力	1. 普通 2. 大声で聞こえる 3. 耳元で大声で聞こえる 4. ほとんど聞こえない			補聴器	(無・有)	
	言語	1. 普通 2. 聞きとりにくい 3. ほとんど話せない					
	麻痺	無・有 (右手・左手 / 右足・左足)		拘縮	無・有 ()		
	特記事項						
	歩行	1. 自立 2. 杖・手すりを使用・補装具 (無・有) 3. つかまり歩き・歩行介助 4. 車椅子使用 (屋内・屋外) 5. 歩行不可 (全介助) 6. その他 ()					
	食 事	1. 自立 (箸・スプーン) 2. セットすれば自立 3. 一部介助 4. 全介助					
		食事形態	主食	1. 常食 2. 粥 3. ムース 4. 流動食 (経口・経管)			
			副食	1. 常食 2. 一口大 3. 刻み 4. ムース			
		アレルギー	無・有 ()		嫌いな物	無・有 ()	
		歯の状態	1. 自歯 2. 総入れ歯 3. 義歯 (上・下) 4. 部分入れ歯 (上・下) 5. 無				
		治療食	不要・要 ()		嚥下	良・不良 ()	
	特記事項						
	排泄	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ (一日中・日中のみ) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 (夜間のみ・一日中) <input type="checkbox"/> オムツ (夜間のみ・一日中) (紙オムツ・リハビリパンツ・パット)					
	着脱衣	1. 自立 2. 指示すれば可 3. ボタンかけなど一部介助が必要 4. 全介助					
入浴	1. 自立 2. 洗うことなど一部介助が必要 3. 全介助						
医 療 的 処 置 の 状 況	現在治療中の病気等 (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						
介護サービスについてのご希望等							