

申込者(連絡先) 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。

| | |
|-----|----------|
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 受付日 | 令和 年 月 日 |

| | |
|------|-----------------|
| 住所: | 〒 _____ |
| 氏名: | _____ 続柄: _____ |
| 連絡先: | _____ |

※太枠内すべてに記入をお願いします。

| | | | | | | | |
|-------------------|--|--|-----|-----------|--|--|-----|
| 申し込み先 (入所希望施設) | | 特別養護老人ホーム偕楽園 | | 保険者 | | | |
| 入所希望者の状況 | (フリガナ) | | 性別 | 被保険者番号 | | | |
| | 氏名 | | 男・女 | 要介護度 | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 ()歳 | | 1・2・3・4・5 | | | |
| | 住所・電話番号 | 〒 _____ 電話番号() - _____ | | | | | |
| | 現況 | <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 <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は下段に記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地: _____ ◇入居又は入院された日: 年 月 日 | | | | | |
| | 入所を希望する理由 (該当するもの全てを選んで下さい) | <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() | | | | | |
| | 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"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射(日 回) <input type="checkbox"/> 吸引の必要性(日・週・月 回: 夜間 回) <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】 現在の主治医 病院名: _____ 主治医: _____ 電話: _____ | | | | | |
| 主介護者 | (フリガナ) | | 性別 | 本人との関係 | | | |
| | 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | | | |
| | 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、介護困難事情等】別紙で添付されても構いません。 | | | | | | |
| 同意欄 | 今後、地域密着型特別養護老人ホーム 偕楽園への入所申込者の状況を調査するため、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望(可能)時期、心身状態等の内容について、担当居宅介護支援事業所、担当介護支援専門員、入院・入所中の医療機関・施設、及び保険者である市町村に確認、報告されることに同意します。 | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | 氏名: _____ | | | | | (印) |

※担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)又は、ソーシャルワーカー、看護師等に記入していただき下さい。

| | | |
|--|---------|--|
| 対象者氏名: | | |
| 担当介護支援専門員等 | 所属事業所名等 | 連絡先電話番号 |
| 氏名: | | |
| 日常生活自立度 | 障害 | 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 |
| | 認知症 | 正常・I・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M |
| 居宅サービス利用率: | % | ・サービス利用票別表に基づく支給限度基準額とサービス利用額の単位の割合により算出して下さい。 ・サービス利用額の単位(3ヶ月)÷支給限度基準額の単位(3ヶ月)×100 小数点以下四捨五入 |
| 意見欄: | | |
| 【要介護1・2の方の申込みについて】平成27年4月以降、新たに特別養護老人ホームに入所される方は、原則要介護3以上の方に限定されます。要介護1・2の方については、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難と認められる場合に限られますので、要介護1・2の方は上記欄に記入をお願いします。 | | |

| | |
|---|--|
| ※対象者の心身の状況確認…担当の介護支援専門員等、現状のわかる方に記入していただく項目です。(記入時に把握できている範囲での記入で結構です。) | |
| 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(自走の有無: <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 座位保持不可 |
| 移乗動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 食事形態(主食) | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() |
| 食事形態(副食) | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 |
| 排泄(日中) | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ |
| 排泄(夜間) | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ |
| 入浴方法 | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 |
| 入浴動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 認知症状 | <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 |
| 特記 | |
| 既往歴と現病歴 | |

※介護保険被保険者証、負担割合証、(お持ちの方は負担限度額認定証)の写しの添付をお願いします。
 ※必要に応じて申し込み後の状況や内容、状態確認のための訪問等について施設から連絡をすることがあります。
 ※入居優先順位については、厚生労働省指導のもと「要介護度」「介護者の有無」「居宅サービス利用率」等の総合的な状態を勘案して入居順位を決定し、より介護が必要な方から優先的に入居していただくようになります。要介護度の変更や他施設への入所、介護者の状況等に变化があった場合は、お手数ですが、すぐに施設へお知らせください。状況によっては入居順位が変更になる場合があります。