

特別養護老人ホーム 優美 入居申込書

特別養護老人ホーム 優美

ホーム記入欄

申込日

年

月

日

「特別養護老人ホーム 優美」へ入居したいので、「介護保険被保険者証の写し」、「状況確認書」及び「介護支援専門員等意見（様式2）」を添えて次の通り申込みます。

①入居希望者の情報

※記入もれのないようご注意ください。

入居希望者氏名		性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
住所				電話番号	()			
要介護度	要介護3・要介護4・要介護5							
世帯と現在の状況 <small>※該当する箇所に☑を入れてください</small>	<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"/> 介護老人保健施設や病院等に入所（院）している。			所在地 ()				
	<input type="checkbox"/> 施設名 ()			時期 年 月 日から				
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
居宅介護支援事業所	事業所名 担当者				電話番号	()		

②入居申込みの理由

※該当する箇所すべてに☑を入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいないため。	<input type="checkbox"/> 介護者が遠距離在住・入院中などにより介護ができない。
<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、虚弱等の状況にあり、十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護や育児を行っており、十分な介護が困難。
<input type="checkbox"/> 介護者が就労しており十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい。
<input type="checkbox"/> 住宅の構造が介護を行うのに適していないため十分な介護が困難。	<input type="checkbox"/> 病院等から退院を求められているが、在宅での介護が困難。
<input type="checkbox"/> 当ホームを退去して長期入院をし退院することになったが在宅での介護が困難。	

※要介護1、要介護2の方で、特別に入居を希望される方は下記の該当する箇所に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 認知症、知的障害・精神障害があり、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る。	
<input type="checkbox"/> 単身世帯である、もしくは同居家族が高齢又は病弱であるなど、家族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でない。	
<input type="checkbox"/> 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であるか否か。	

【上記申込み理由以外に入居申込理由があればご記入ください】

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までにしたい		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当ホームにのみ申込み <input type="checkbox"/> 他施設にも申込んでいる。または今後申込み予定 ◇既に申込んでいる施設名 () ◇今後申込み予定の施設名 ()		

※裏面もご記入下さい

③ご家族（申請者・連絡先）

氏名		年齢	関係	同居の区分
		才		同居・別居
住所	〒	—	電話番号	自宅 ()
				携帯 ()
意見	【介護を行っている中で困っている事等を具体的にお答えください】			

④家系図 ※ご本人様と主介護者様との関係がわかるようご記入ください。

- 女性
- 男性
- 女性（死亡）
- 男性（死亡）
- 女性（本人）
- 男性（本人）

※本人と同居されている方を、点線で囲って下さい。
 ※主として介護を行っている方の名前を家系図内に記入してください。

⑤説明確認及び同意欄

私は、次の事項についてホームより説明を受けました。

- ・入居判定基準について。
- ・入居の順位見直しについて。

入居を申込みにあたり、心身の状況等の情報を居宅担当の介護支援専門員等から聴取することについて同意いたします。

入所申込者の入所判定や年1回県が実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。

年 月 日

氏名 本人との続柄 () 印

特別養護老人ホーム 優美 入居希望者 状況確認書

入居希望者 氏名		記入日	年	月	日
-------------	--	-----	---	---	---

記入者	家族氏名		続柄		※記入する方の氏名をご記入ください。
	事業所名		担当者		

①身体状況

※該当する箇所には☑を入れてください

移動	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助	
移動用具	☐杖	☐歩行器	☐シルバーカー	☐車椅子	
	☐その他 ()				
食事	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助	
食事の形態	主食 ☐普通食	☐軟飯	☐全粥	☐ミキサー	
	副食 ☐普通食	☐刻み	☐ミキサー		
制限	☐減塩 ()		☐カロリー制限 ()		
排泄	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助	
排泄補助用品の有無	紙おむつ	☐無	☐昼夜	☐昼のみ	☐夜のみ
	リハビリパンツ	☐無	☐昼夜	☐昼のみ	☐夜のみ
	尿取りパッド	☐無	☐昼夜	☐昼のみ	☐夜のみ
	ポータブルトイレの使用	☐あり		☐なし	
入浴	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助	
入浴形態	☐一般個浴 ☐リフト使用 ☐臥床式(寝たまま) 特殊浴				
	☐座位式(座ったまま) 特殊浴				
入浴頻度	1週間に 回				
更衣	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助	
視力	☐普通	☐やや悪い	☐ほとんど見えない	☐見えない	
眼鏡	☐有	☐無			
聴力	☐普通	☐やや悪い	☐ほとんど聞こえない	☐聞こえない	
補聴器	☐有	☐無			
言語	☐普通	☐聞き取りにくい	☐聞き取れない		

②認知症状

※認知症状がみられる方のみ☑を入れてください

☐何らかの認知症状を有するが、日常生活はほぼ自立している。	
☐日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。	
☐日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが時々あり、介護を必要とする。	
☐日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが頻繁にあり、常時介護を必要とする。	
行動・精神の障害 ※該当するものすべてに☑を入れてください	
☐夜間のせん妄(夜間の興奮・幻覚・精神錯乱)	☐幻覚・妄想がある
☐家族・知人を混同するなど人を間違える	☐徘徊・外出してしまい迷う
☐失見当識(時間や場所が分からなくなる)	☐暴言を吐いたり、暴力的な行動に出る
☐事実でないことを事実と思ひこむ	☐昼夜が逆転している
☐火の不始末がある	☐異食(食べ物でないものを食べる等)行動がある
☐聞こえているが相手の言うことが理解できない	☐不潔行動がある
☐食事・荷物の場所等を忘れてしまう	☐性的な異常行動をする
☐介護の拒否がある	☐作り話がある
☐著しい精神症状や問題行動がみられ、専門治療を必要とする。	
☐その他 ()	
【上記に該当する行動・精神の症状により、介護が困難な状況を具体的に記入して下さい】	

※裏面もご記入ください

③医療的処置

<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	開始	年	月	～	交換頻度	1月に	回
<input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門）	開始	年	月	～	交換頻度		
<input type="checkbox"/> インシュリン注射	開始	年	月	～	投与頻度	1日に	回
<input type="checkbox"/> 透析治療	開始	年	月	～	治療頻度	1週に	回
<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう、腸ろう）	開始	年	月	～	投与頻度	1日に	回
<input type="checkbox"/> 喀痰等吸引	開始	年	月	～	頻度	1日に	回
<input type="checkbox"/> 褥瘡	罹患時期	年	月	～	部位		

現在治療中の病気

病名	病院名	期間	年	月	～
病名	病院名	期間	年	月	～
病名	病院名	期間	年	月	～

既往歴（現在の生活に影響を及ぼした（ている）病名をご記入下さい）

病名	病院名	期間	年	月	～	年	月
病名	病院名	期間	年	月	～	年	月
病名	病院名	期間	年	月	～	年	月

④介護サービスの利用状況

※該当箇所に☑を入れてください

単位数	年 月		単位	※入居申込日 前月から遡って 直近3カ月の 利用合計単 位数を記入し て下さい。	平均 単位数	単位
	年 月		単位			
	年 月		単位			
居宅サービスの利用状況	具体的なサービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護	週	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴	週	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	週	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	週	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 通所介護	週	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	週	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 療養通所介護	週	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	週	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	月	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	月	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	週	回	事業者名	()
		<input type="checkbox"/> その他のサービス ()	週	回	事業者名	()
<input type="checkbox"/> 利用していない	理由					
ショートステイの最大利用日数 (要介護認定期間の半分)			日 令和 年 月 まで			
施設サービス	<input type="checkbox"/> 在宅生活が困難で、医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、グループホーム、有料老人ホーム、養護老人ホームに入所している。（ショートステイは含まない）			施設名		
				期間		
○現在のお住まい（入院も含む）において、暮らしの継続が困難な理由を記入して下さい。						