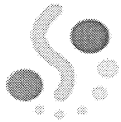


社会福祉法人 清和園

## ゆいまーる習志野

入所申込書



【記入日】令和 年 月 日

【登録日】令和 年 月 日

新規・再申込

特別養護老人ホームに入所申込を行いたいので、次のとおり申し込みます。

1. 申込者(連絡先) ●今後、郵便物の送付や入所についてのご連絡はすべてこちらになります。

|     |       |    |                          |
|-----|-------|----|--------------------------|
| 住 所 | 〒 ー   |    |                          |
| 氏 名 | 続柄( ) | 電話 | ①自宅: ( )<br>②携帯・勤務先: ( ) |

## 2. 入所希望者の状況

|  |   |  |         |  |
|--|---|--|---------|--|
| (フリガナ)                                     |   |  | 現 況     | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居<br><input type="checkbox"/> 病院に入院中・施設に入所中<br><input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院名<br>( )<br>⇒ 年 月頃から<br>⇒診断書の作成 あり・なし |
| 氏 名  | (男・女)   |  |         |  |
| 生年月日                                       | 大・昭 年 月 日( 歳)   |  | 入所希望時期  | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。<br><input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい。   |
| 住民票の住所                                     | 〒 ー   |  |         |  |
| 要介護度                                       | 1・2・3・4・5   |  | 保 険 者   | (市町村名)   |
| 被保険者番号                                     |   |  | 要介護認定期間 | 年 月 日から<br>年 月 日まで   |
| 入所を希望する理由<br>(当てはまるものを全てに<br>レ点チェックしてください) | 1、入所ができるのは原則として要介護3以上です。<br>※要介護1～2の方は、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、「2」の欄にもチェックして下さい。<br><input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。<br><input type="checkbox"/> 介護する者が[高齢・障害・疾病・就労]等の理由により、十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。<br><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。<br>その他( ) |  |         |  |
|  | 2、要介護1～2の方は、以下の該当するものにチェックしてください。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><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見られる。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><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不十分である。                 |  |         |  |
| 医療の状況                                      | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射( 回/日)<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>★現在治療中の病気・特記事項( )  |  |         |  |

# 現 況 調 査 票

## 1. 本人の状況

【認知症による行動】

ない                      少しある                      やや多い                      毎日ある  
(月1~2回程度)                      (週1~2回以上)

|                      |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 物を盗られたなど被害的になる       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 作り話をし、周囲に言いふらしたりする   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 実際にはないものが見えたり聞こえたりする | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 突然泣いたり笑ったりと感情が不安定になる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 夜間不眠あるいは昼夜逆転がみられる    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 暴言や暴行がある             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| しつこく同じ話をしたり不快な音をたてる  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 大声をだす                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 助言や介護に抵抗する           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 目的もなく動き回る            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 「家に帰る」等と言い、落ち着かない    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 外出するとひとりで戻れなくなる      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ひとりで外に出たがり、目が離せない    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| いろいろなものを集めたり無断でもってくる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 火の始末や火元の管理ができない      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 物を壊したり衣類を破いたりする      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 不潔な行為を行なう            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 食べられないものを口に入れる       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ひどい物忘れがある            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 2. サービスの状況 (ケアマネジャーや施設・病院の相談員にご確認下さい。)

|                              |  |   |                          |
|------------------------------|--|---|--------------------------|
| 事業所名                         |  | 事業所電話番号                                   | (                      ) |
| 担当ケアマネジャー名                   |  |   |                          |
| 認知症高齢者の<br>日常生活自立度<br>(必ず記入) | 主治医意見書   | 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M |                          |
|                              | 認定調査票  | 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M |                          |
| 利用中の<br>サービス<br>(在宅のみ)       | <input type="checkbox"/> デイサービス (事業所名                      ) (利用頻度 週                      日) (開始時期                      )  |   |                          |
|                              | <input type="checkbox"/> ショートステイ (事業所名                      ) (利用頻度 月                      日) (開始時期                      ) |   |                          |
|                              | <input type="checkbox"/> 訪問介護・訪問入浴・他 (事業所名                      ) (利用頻度                      )                             |   |                          |

## 3. 入所申込施設

|      |   |
|------|---|
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。<br><input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。(または今後他の施設も申し込む予定。)<br>◇ 既に申し込んでいる他の施設名 (                      ) (                      ) (                      )<br>◇ 今後申し込む予定の他の施設名 (                      ) (                      ) (                      ) |
|------|---|

4. 主たる介護者または申込者の状況

|                         |   |      |  |
|-------------------------|---|------|--|
| フリガナ                    |   |      |  |
| 主たる介護者<br>または申込者<br>の氏名 | 男・女   | 世帯区分 | <input type="checkbox"/> 入所希望者と同居(高齢世帯)<br><input type="checkbox"/> " (その他)<br><input type="checkbox"/> 入所希望者と別居 |
| 年齢( 歳) 続柄( )            |   |      |  |
| 自宅での介護負担                | <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> なし |      |  |

【主たる介護者の状況】

|                     |   |
|---------------------|---|
| 主たる介護者の障害や疾病        | <input type="checkbox"/> 障害や疾病はない。<br><input type="checkbox"/> 障害や疾病はあるが介護可能。<br><input type="checkbox"/> 障害や疾病のため、下記のうち2項目程度の日常生活援助なら可能。<br><input type="checkbox"/> 障害や疾病のため、下記のような日常生活全般の援助が困難。<br>項目:排泄・入浴・移動・着替え・食事 など<br><input type="checkbox"/> 障害や疾病のある場合、その状況を記入して下さい。<br>( ) |
| 主たる介護者の就労状況         | <input type="checkbox"/> 就労していない。<br><input type="checkbox"/> 就労している。<br><input type="checkbox"/> 職種:( ) 就労日数:( 日/週) 就労時間( 時間/日)  |
| 入所希望者以外の介護を必要とされる方  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 右記のいずれかに○をつけて下さい。<br>要支援 1・2<br>要介護 1・2・3・4・5   |
| 入所希望者以外の家族の育児・看護の状況 | <input type="checkbox"/> 育児や家族の看護はしていない。<br><input type="checkbox"/> 臨時的に、育児または家族の看護をしている。<br><input type="checkbox"/> 半日、育児または家族の看護をしている。<br><input type="checkbox"/> 常時、育児または家族の看護をしている。<br><input type="checkbox"/> 育児または家族の看護をしている場合、その状況を記入して下さい。<br>( )                           |
| 主たる介護者の入所希望者への関わり方  | <input type="checkbox"/> 介護が出来ない状況である または、介護を拒否している状況である。<br><input type="checkbox"/> 非常に消極的ではあるが介護している。<br><input type="checkbox"/> やや消極的ではあるが介護している。<br><input type="checkbox"/> 普通に介護している。   |

【介護の協力状況】

|             |  |
|-------------|--|
| 他の同居家族の介護協力 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり(1日2時間程度以上または頻繁な補助がある場合。)<br><input type="checkbox"/> 続柄:( ) 日数:( 日/週程度) |
| 別居血縁者介護協力   | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 続柄:( ) 日数:( 日/週程度)                             |
| 近隣者の介護協力    | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 日数:( 日/週程度)                                    |

【家族構成】

| 入所希望者の同居者 ※幼児は除く |    |        | 入所希望者の別居親族 ※幼児は除く |    |             |        |
|------------------|----|--------|-------------------|----|-------------|--------|
| 氏名               | 続柄 | 介護の関わり | 氏名                | 続柄 | 住所地(市町村名で可) | 介護の関わり |
|                  |    | あり・なし  |                   |    |             | あり・なし  |
|                  |    | あり・なし  |                   |    |             | あり・なし  |
|                  |    | あり・なし  |                   |    |             | あり・なし  |
|                  |    | あり・なし  |                   |    |             | あり・なし  |

5. 入所希望者の所得状況

※下記の条件によって、ご利用料金が変わります。ご確認の上記入願います。

|  |  |
|--|--|
| ●市町村民税 ( <input type="checkbox"/> 課税者 <input type="checkbox"/> 非課税者 )                | ※●配偶者の市町村民税 ( <input type="checkbox"/> 課税者 <input type="checkbox"/> 非課税者 )         |
| ●年金収入: 1か月あたり _____ 万円   | ●その他の所得 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 1か月あたり _____ 万円) |
| ●介護保険負担限度額認定: ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →食費 _____ 円) | ●介護保険負担割合: 1・2・3 割   |

6. 医療状況・身体状況

該当項目を○で囲み、記載できるところをご記入下さい。

|      |                            |                                  |
|------|----------------------------|----------------------------------|
| 医療状況 | 今までにかかった病気やケガ・感染症 (時期・受診先) | .....<br>.....<br>.....<br>..... |
|      | 皮膚の状態                      | 床ずれ:無・有( ) 湿疹:無・有( ) その他:( )     |
| 身体状況 | 食事の方法                      | 自分で可能・声掛けや見守りが必要・部分的な介助・全介助      |
|      | 移動の方法                      | 自分で可能・声掛けや見守りが必要・部分的な介助・全介助      |
|      | 移動の手段                      | 独歩・杖や歩行器・車椅子・リクライニング車椅子          |
|      | 入浴の方法                      | 自分で可能・声掛けや見守りが必要・部分的な介助・全介助      |
|      | トイレの感覚                     | 尿意: あり・あいまい・なし 便意: あり・あいまい・なし    |
|      | 排泄の方法                      | 自分で可能・部分的な介助・全介助                 |
|      | 排泄の場所                      | トイレ・ポータブルトイレ・オムツ                 |
|      | 視力                         | 生活に支障なし・大きな字が見える・明暗が分かる・見えない     |
|      | 聴力                         | 生活に支障なし・大きな声なら聴こえる・聞こえない・不明      |
|      | 意思疎通                       | 問題なく可能・その場のみ可能・困難                |
|      | 記憶理解                       | 問題なく可能・物忘れは少ない・物忘れが多い・記憶困難       |
|      | 認知症への対応が必要なこと              | .....<br>.....<br>.....<br>..... |