

【申込日】

平成 年 月 日

特別養護老人ホームに入所申込みを継続したいので、次のとおり申し込みます。

新規・再申込

## 1. 入所希望施設

施設名	社会福祉法人清和園 指定介護老人福祉施設 <b>セイワ習志野</b>
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <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。) <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名( ) ( ) ( )

## 2. 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	〒 -		
氏名	続柄( ) 印	電話	①自宅: ( ) ②携帯・勤務先: ( )

## 3. 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(夫婦のみ・その他) <input type="checkbox"/> 病院に入院中・施設に入所中 <input type="checkbox"/> 施設・病院名 ( ) ⇒平成 年 月頃から その他( )
氏名	(男・女)		
生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)		
要介護度	1・2・3・4・5		
住民票の住所	〒 -	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> 平成 年 月ごろまでに入所したい
入所を希望する理由 (当てはまるもの全てに レ点チェックしてください)	1、入所申し込みができるのは原則として要介護3以上です。(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ください) <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・就労]等の理由により、十分な介護が困難なため。 <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。 <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。 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。 <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。 <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。 <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。 <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。		
経済状況	年金状況 ( 国民・厚生・共済・遺族・恩給 ) 1ヵ月あたり 万円 介護保険負担限度額認定の食費の負担限度額 ( 円 ) ・ 非該当		

## 現況調査票

## 1. 本人の状況

要介護度	1・2・3・4・5	被保険者番号												
要介護認定期間	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	保険者	(市町村名)								

## 【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"/>

上記以外または、上記に補足して見られる認知症の症状をご記入ください。

## 2. 在宅サービスの状況 (不明な場合はケアマネジャーや施設・病院の相談員にご確認ください。)

事業所・施設・病院名		事業所 電話番号	( )
担当者名 (ケアマネジャー・相談員など)			
認知症高齢者の 日常生活自立度 (必ず記入)	主治医意見書	M・IV・IIIb・IIIa・IIb・IIa・I・自立	
	認定調査	M・IV・IIIb・IIIa・IIb・IIa・I・自立	
現在利用している サービス(事業所名)	<input type="checkbox"/> デイサービス ( )		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ ( )		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護・訪問入浴・その他 ( )		

### 3. 主たる介護者・家族の状況

入所希望者氏名

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
主たる介護者の氏名	男・女 続柄( )	世帯区分	<input type="checkbox"/> 入所希望者と同居(高齢者世帯) <input type="checkbox"/> " (その他) <input type="checkbox"/> 入所希望者と別居
自宅での介護負担	重い・やや重い・軽い・なし		
主たる介護者と同居している方	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(続柄: )		

#### 【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。 <input type="checkbox"/> 障害や疾病はあるが介護可能。 <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。 <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。 <small>項目:排泄・入浴・移動・着替え・食事 など</small> <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。 ( )
主たる介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない。 <input type="checkbox"/> 就労している。 ◇職種:( ) 就労日数:( 日/週) 就労時間( 時間/日)
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。 <input type="checkbox"/> 臨時的に、育児または家族の看護をしている。 <input type="checkbox"/> 半日、育児または家族の看護をしている。 <input type="checkbox"/> 常時、育児または家族の看護をしている。 ◇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。 ( )
主たる介護者の介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 普通に介護している。 <input type="checkbox"/> やや消極的ではあるが介護している。 <input type="checkbox"/> 非常に消極的ではあるが介護している。 <input type="checkbox"/> 介護は拒否している状況 または 介護が出来ない状況である。

#### 【介護の協力状況】

他の同居介護補助者の有無	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(1日2時間程度以上または頻繁な補助がある場合。 ◇続柄:( ) 日数:( 日/週程度)
別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ◇続柄:( ) 日数:( 日/週程度)
近隣者の介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ◇日数:( 日/週程度)

#### 【家族の状況】

	氏名	続柄(本人から見て)	年齢	住所地(市区町村)	職業
同居家族の状況					
別居家族の状況					

#### 4. 本人の医療・身体・精神状況

今までの病歴(例: ○○才頃 肺炎 ××病院 など)	皮膚疾患 ・褥瘡 (あり・なし) 部位( ) ・湿疹 (あり・なし) 部位( ) ・痒み (あり・なし) 部位( )
現在の病気	感染症 ・梅毒(あり・なし) ・肝炎(あり・なし) ・疥癬(あり・なし) ・結核(あり・なし) ・その他( )

現在受けている医療の状況について、あてはまるものをすべて選んでください。

- 経管栄養     胃ろう     在宅酸素     インシュリン注射  
 その他 ( )

身体及び日常生活の状況	食事 <input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少の介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 水分にむせる(いつもある・たまにある・ない)
	排泄 <input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け・誘導・後始末が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄物品(紙おむつ・紙パンツ・ポータブルトイレ・その他)
	入浴 <input type="checkbox"/> 1人で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少の介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
	立位 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> 短時間は可能 <input type="checkbox"/> 困難
	座位 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可能 <input type="checkbox"/> 困難(座位が保てる時間    時間程)
	移動用具 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 杖や歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> その他
	麻痺や拘縮 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 麻痺がある(部位:    ) <input type="checkbox"/> 拘縮がある(部位:    )
	視力 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 大きな文字は見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> まったく見えない
	聴力 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> まったく聞こえない(右・
	意志疎通 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 基本的な要求はできる <input type="checkbox"/> 困難
記憶理解 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> その場限りになる <input type="checkbox"/> 困難	

※「現状の介護で困っていること」や「在宅介護が困難な状況」を記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....