

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

①

# 指定介護老人福祉施設等入所申込書

(特別養護老人ホーム)

申込日	令和	年	月	日
入所日	令和	年	月	日

入所を希望する者	フリガナ	ユ○サト イチロウ	保険者名	指宿市									
	氏名	湯○里 一郎	被保険者番号	2	※	0	1	0	※	1	※	※	1
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input checked="" type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 12年 5月 6日 ( 89 ) 歳					性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女					
	現住所	(郵便番号 891 - 1111)					電話番号 ( 0993 - 22 - 0000 )						
	(住民登録地)	鹿児島県○宿市○方8-2-5					(地区) 湯○里						
	認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定を受けている < 申込日現在の介護度 > 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5 ) < 認定有効期間 > 令和 31年 4月 1日 ~ 令和 2年 3月 31日 まで											
		<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 ( 令和 年 月 日申請 )											
		<input checked="" type="checkbox"/> 更新申請中 ( 令和 2年 4月 5日申請 )											
		<input type="checkbox"/> 認定申請中 ( 令和 年 月 日申請 )											
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者(70歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族がいる世帯											
現況	<input checked="" type="checkbox"/> 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 施設名又は病院名: ○○病院 所在市町村名: 指宿市 入所又は入院時期: 平成 27年 2月 5日 ~ (入院) ・ 入所している												
入所を希望する理由 (該当するものはすべて選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input checked="" 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"/> 介護する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"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難のため。 <input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給限度額を超えており、経済的負担が大きいため。 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 年金額が月3万円程度で経済的に困窮 )												
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 湯之里園 施設長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認する事に同意します。 令和 1年 4月 1日 (申込者) 住所 鹿児島県○宿市○方8-2-5 氏名 湯○里 ハナ子 続柄 妻													

提出者連絡先	フリガナ	ユ○サト タロウ	続柄	甥	勤務先名称	○○会社					
	氏名	湯○里 太郎			自宅電話	55 - 25 - 4114					
	住所	郵便番号 777 - 3333 東○都世○○区○○5-○-305				携帯電話	090 - 1111 - 1111				

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

②

本人氏名

湯〇里 一郎

◎ 介護者・家族等の状況

※入所申込みに対する家族の同意等は必ず☑をして下さい。

家族構	氏名	続柄	年齢	入所申込者と	住所	電話	同意の有無
	湯〇里 ハナ子	妻	85	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〇宿市〇方8-2-5	21-0000	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	湯〇里 〇治	弟	84	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〇宿市〇方8-2-5	080-5555-7777	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※同居家族以外に子供さんがいる方も記入して下さい。  
※子供さんがいない方は甥・姪等を記入して下さい。

主たる介護者・家族等の状況	フリガナ	ユ〇サト ハナ子		生年月日	年齢	本人との関係
	介護者氏名	湯〇里 ハナ子		<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 5年4月1日 <input type="checkbox"/> 平成	85 歳	妻
	介護者の健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病や障害 ( < 疾病や障害ある場合は具体的記入 > ) <input type="checkbox"/> 健康 <p style="text-align: center; color: red;">人工透析を週3回受けており疲労感著明</p>				
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 職種等: _____ 日/週 _____ 時間/日 ) <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間 (パート的就労及び農業等の補助的就労) <input type="checkbox"/> 4時間未満				
	介護者及び家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input checked="" type="checkbox"/> 同居する他の要介護者を介護している。(精神障害者) <input type="checkbox"/> 同居以外の要介護者を介護している。 <input type="checkbox"/> 就労等により日中家族不在 <input type="checkbox"/> 乳・幼児を育児又は小・中学生の世話をしている <input type="checkbox"/> 他の家族が入院、入所中 <input type="checkbox"/> 介護可能な状態 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
	介護協力者	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週3日程度の協力あり ( 氏名 _____ 続柄 _____ ) <input type="checkbox"/> 週4日以上 of 協力あり ( 氏名 _____ 続柄 _____ )				
	介護場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中				
	介護歴	平成/令和 21年4月頃から介護している ( 期間:約 3年 )				

入所申込者の状況	居住環境
	<input type="checkbox"/> 住む家がない ( <input type="checkbox"/> 家屋の取り壊し <input type="checkbox"/> 借家契約の解除等 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 居住不能 ( <input type="checkbox"/> 家の傾き <input type="checkbox"/> 床板の腐食 <input type="checkbox"/> 雨漏り <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 生活空間が2階で上がれない <input checked="" type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・居室の広さ等が介護に適さない (手すり設置や段差解消ができない、廊下が狭い、ベッドがおけない等) ( 上記に関する具体的は環境状況 ) <p style="color: red;">・道路より高さ5mのところの家が建って長さ15mの坂になっている。 ・昔の家屋で床が高く、段差、風呂・手すり付け等全面的に改造の必要性があり費用が高額になりすぎる</p>

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

③

本人氏名 湯〇里 一郎

◎ 入所申込者の状況

入 所 申 込 者 の 状 況	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助(経管栄養を含む)	
		嚥下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input checked="" type="checkbox"/> 毎回むせる→	<input checked="" type="checkbox"/> トロミ剤使用	
	排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導・一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
		種類	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
		方法	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 特別浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	
	歩行	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
		器具	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 手押し車	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子	
	その他	意思疎通	<input type="checkbox"/> 十分に可	<input type="checkbox"/> ある程度可	<input checked="" type="checkbox"/> 相づち程度なら可	<input type="checkbox"/> 不可	
		麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 →	<input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	
		視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input checked="" type="checkbox"/> 見えにくい	( <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡使用 )	<input type="checkbox"/> 見えない ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )	
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	( <input type="checkbox"/> 補聴器使用 )	<input type="checkbox"/> 聞こえない ( <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左 )	
		上記の中で特に困っていること等	<p>・食事は全粥、刻み(トロミ)飲みこみに時間を要し1時間かけて食べる。                  ・便意・尿意はなく失禁状態でオムツ交換が大変である。                  ・半身麻痺があり体が大きく着替えさせるのに苦勞している。</p>				
		認知症など状況	<p><input type="checkbox"/> 認知症などによる症状(頻繁に見られるもの)がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない</p> <p><input type="checkbox"/> 徘徊(室内を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 大声や奇声を出す  <input type="checkbox"/> 妄想(物を盗られたなど) <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為(排泄物をいじるなど)  <input type="checkbox"/> 不穏(いらいらしている) <input type="checkbox"/> 幻覚(現実にはないものが見える)  <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input checked="" type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口に)  <input checked="" type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる  <input checked="" type="checkbox"/> 介護拒否(入浴、着替えなど) <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う  <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(ふさぎこんでいる) <input type="checkbox"/> その他( )</p>				
		◆どの位の見守りが必要か	<input type="checkbox"/> 1週間に1回程度	<input type="checkbox"/> 2~3日に1回程度	<input type="checkbox"/> 1日に1回程度	<input checked="" type="checkbox"/> 一時も目が離せない	
	上記の中で特に困っていること等	<p>・ベッド上で動き回り転落の危険性がある。                  ・オムツに手を入れ便をこねる事がある。                  ・夜中に奇声を発しおむつ交換時叩いたりつまんだり唾を吐きだす行為がある。</p>					
	入所申込者が要介護1・2の場合 特例入所の申立	<p>在宅で日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由は、次のとおりです。</p> <p><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障が期待できず、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。</p> <p>※ 具体的状況 ( )</p>					
	経済状況	<p>◆ 年金 ( <input type="checkbox"/> 厚生 <input checked="" type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 共済 ) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他</p>					
申 込 状 況	他の 申込施設	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	その他		
		<input checked="" type="checkbox"/> 徳光苑	<input checked="" type="checkbox"/> 菜の花苑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/> 薩摩富士荘	<input type="checkbox"/> ヴァンベール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input checked="" type="checkbox"/> サンピアよつ葉	<input type="checkbox"/> やすらぎ園				
		<input checked="" type="checkbox"/> あいおいの郷					

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

◎ 入所申込者医療状況

本人氏名

湯〇里 一郎

担当介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員氏名	事業所		連絡先電話番号						
	□山 △子	錦〇会居宅事業所		0993-22-8888						
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input checked="" type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M		
	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input checked="" type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	
	在宅サービス内容(利用している場合は下記に記入)				在宅サービス利用率					
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/月	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/月	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/月	年月	利用率	入院・入所の有無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	12	回/月	<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/月	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/月	H26年11月	90%	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護	18	日/月	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護			H26年12月	96%	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所療養介護		日/月	<input type="checkbox"/> その他			H27年1月	78%	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
					3ヶ月平均			88%		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	医療機関名				医師名					
	〇〇 病院				〇田 〇郎					
既往歴・現在療養中の病気・処置										
H23アルツハイマー型認知症    H27.2脳梗塞    仙骨部 3cm×2cmの褥瘡処置										
意見等 [ 特例入所の要件(※ 要介護1・2の場合のみ)や、入所の必要性、緊急性などの意見を記入して下さい。 ]										
子供は既に他界しており、妻と精神障害者の弟と3人暮らし。H23年 認知症発症。徘徊・暴言・暴力等の症状があり通所サービスを週3回利用。H27.2脳梗塞発症 右半身麻痺残存。日常全般に介助量が増え通所サービスとショートステイを利用しながら介護していた妻が以前より治療中であった腎疾患が悪化し人工透析を週3回受けるようになり、これ以上一人で介護負担を負うことができず経済的な面からも特養入所を早急に希望す										
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>※ ④枚目の記入は担当介護支援専門員の記入となっておりますが入院中の方は相談員か看護師に記入してもらって下さい。記入がない場合は看護サマリーをお願いして下さい。</p> </div>										
※要介護1・2の方「特例入所」の要件 ①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。 ②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。 ③家族等により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。 ④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。										
施設入欄	希望施設	<input checked="" type="checkbox"/> 多床型 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい								