

特別養護老人ホーム希望の郷大治

指定介護老人福祉施設入居申込書 (特別養護老人ホーム)

申込受付印押印欄

施設名 特別養護老人ホーム 希望の郷大治 施設長様

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

入居希望者	ふりがな		性	男	生年月日			
	氏名		別	女	明・大・昭	年	月	日
	住所	〒 - (TEL) (FAX)						
被保険者番号						要介護度	1・2・3・4・5	
保険者番号						保険者名		
初回要介護認定年月日	令和	年	月	日	認定の有効期間	令和	年	月
認定審査会の意見等	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄							

※ 上記(初回要介護認定年月日以外)は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 - (TEL) (携帯電話)						
	ふりがな		入居希望者との続柄					
連絡先 (申込者と異なる場合)	住所	〒 - (TEL) (携帯電話)						
	ふりがな		入居希望者との続柄					
	氏名							

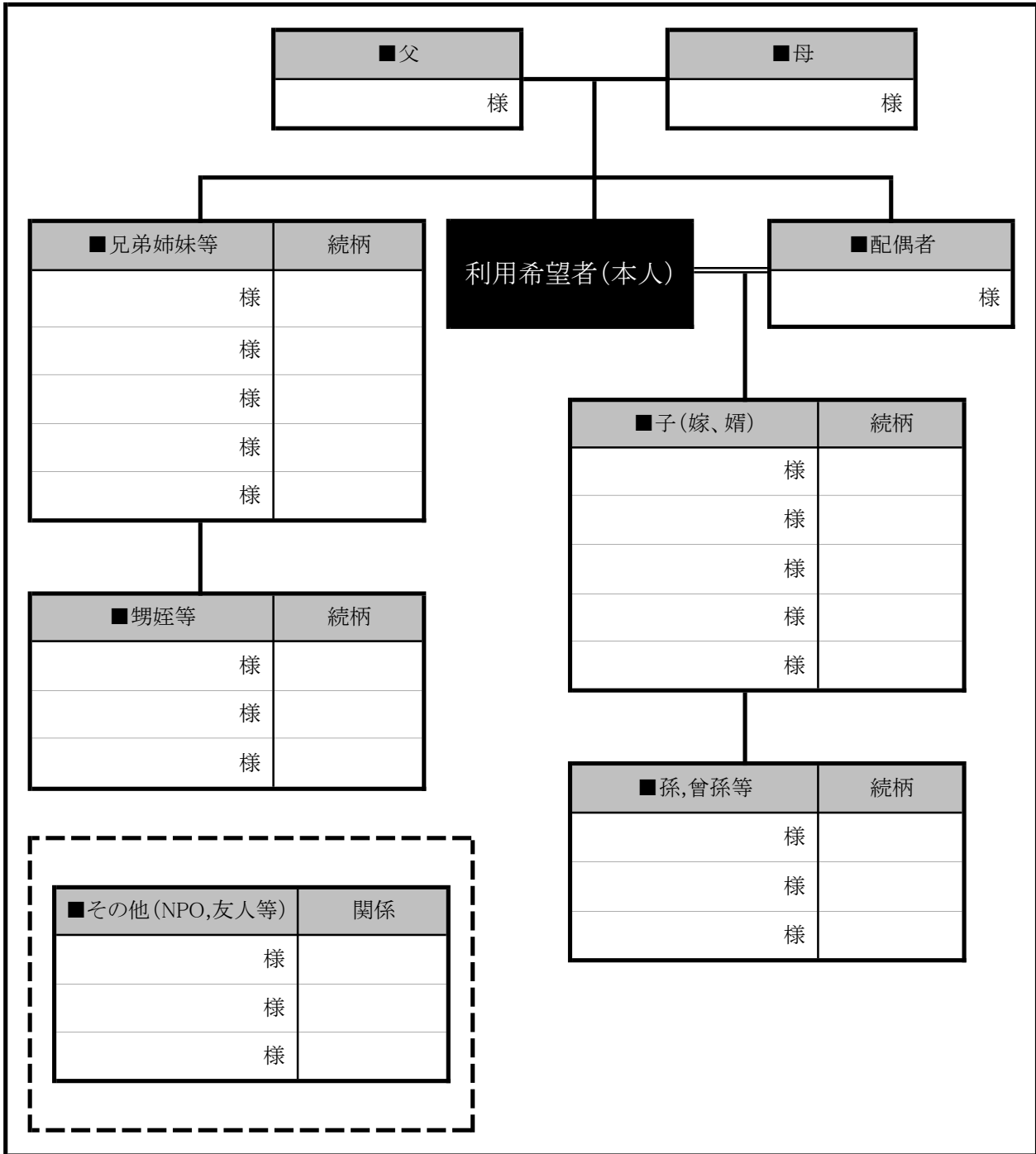
※ 申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入下さい。

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。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名	() ()
	申し込み予定施設名	() ()
		() ()

説明確認欄	<p>私は、入居申込に際し、入居順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。 また今後の愛知県の施策の参考とするため、この申込書の内容を愛知県に報告することに同意します。</p> <p>2020 年 月 日 氏名 _____ (本人との続柄)</p>
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

入居希望者等の親族の状況

※ 下記家系図の空欄に必要事項をご記入下さい。なお死亡、該当なし等の場合は空欄として下さい。



上記家系図のうち、現在同居の家族の情報をご記入下さい。(※入居希望者本人については記入不要です。また独居の場合も不要です。)

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	続柄	
				就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労していない
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	続柄	
				就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労していない
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	続柄	
				就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労していない
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	続柄	
				就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労していない

介護者等の状況

主たる介護者の状況	ふりがな		性	男	生年月日		年	月	日
	氏名		別	女	明・大・昭		(歳)	
	続柄	<input type="checkbox"/> 家族・親族 (入居希望者との関係 子・嫁・孫 その他:) <input type="checkbox"/> 知人、近隣者等 (入居希望者との関係) <input type="checkbox"/> 行政、NPO、居宅介護支援事業者等 (入居希望者との関係)							
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所: 〒 入居希望者宅までの所要時間 分							
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 正社員(派遣含む)として終日勤務(週 日、週 時間程度) <input type="checkbox"/> パート、アルバイトとして定時勤務(週 日、週 時間程度) <input type="checkbox"/> 内職その他() (週 日、週 時間程度)							
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康(入通院が必要な状態ではない) <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 慢性疾患等で定期的に通院中(病名) <input type="checkbox"/> 入院はしていないが継続的な治療を要する(病名) <input type="checkbox"/> 要入院加療 (か月程度・病名)							
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害無(介護を行う上で支障となるような身体的、精神的な障害はない) <input type="checkbox"/> 障害有 <input type="checkbox"/> 障害者手帳はないが、介護に支障がある身体的(精神的)な障害がある(支障があると思われる内容) <input type="checkbox"/> 障害者手帳あり (級・障害の種類:)							
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無(介護保険対象外) <input type="checkbox"/> 有(要支援・要介護1・2・3・4・5)							
他に対応を要する家族等の有無	<input type="checkbox"/> 入居希望者以外に対応(介護・育児等)を必要とする家族はいない <input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる(子どもの年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病(付添)の必要な家族がいる(自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる(要支援・要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる(級・種類:)								
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(NPO、民生委員、居宅介護支援事業者、近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない								
【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書き下さい。】									

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入居希望者の介護保険被保険者証(写)
- 2 直近のサービス利用表及び別表(写)..... 現在、在宅でお過ごしの方で、介護保険によるサービス提供を受けている方はご提出下さい。

施設使用欄

本人の状態	要介護度		①	点	主たる介護者の状況 その他	介護の困難度	④	点	個別評価	⑦	点	評価日
	問題行動	頻度	②	点		他の要介護者等の有無	⑤	点	総合評価		/	
		事項	③	点		介護協力者の有無	⑥	点	①+②+③+④+⑤+⑥+⑦		評価者	
						点/110点		印				

入居希望者等の状況

※ 該当するものにレ印のうえその状況をご記入下さい。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設へ入所又は入院した時期 (平成・令和 年 月から)				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
介護が必要になった時期	<input type="checkbox"/> 昭和・平成・令和 年頃から <input type="checkbox"/> 不明				
入居を希望する理由 <small>(該当するものをいくつか選んでください。)</small>	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療に関する状況	現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名		
	以前罹った重篤な病気(入院/手術)	病名		発症 年 月頃・不明	
		病名		発症 年 月頃・不明	
		病名		発症 年 月頃・不明	
	特別な医療的対応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※ありの場合は、下記の該当するものにレ印のこと		
希望の郷で対応可能な医療行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻) <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマケア) <input type="checkbox"/> 留置(バルーン)カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射(自己接種可)	希望の郷で対応不可の医療行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 吸引(頻回) <input type="checkbox"/> インシュリン注射(自己接種不可)	※受け入れ人数に制限があり、入所のお誘いが遅くなる場合があります。 ※医療施設ではないため、対応可能な他施設へのお申し込みをお勧めします。	
認知症等による問題行動 <small>(問題行動の起きる頻度にもレ印を付けて下さい。)</small>	上記以外の医療行為	<input type="checkbox"/> 該当なし(認知症による問題行動はみられない) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 性的言動等 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護に関する状況	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	歩行	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		道具等	<input type="checkbox"/> 独歩可 <input type="checkbox"/> 杖、シルバーカー使用	<input type="checkbox"/> 義肢装具を使用	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用
	食事摂取	能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		食欲	<input type="checkbox"/> 全量摂取 <input type="checkbox"/> ムラがある	<input type="checkbox"/> 半量程度	<input type="checkbox"/> 1～2割程度
	飲み込む力(嚥下)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> むせ込みやすい	<input type="checkbox"/> トロミをつければ可	<input type="checkbox"/> 飲めない	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排便サイクル	<input type="checkbox"/> 毎日有り <input type="checkbox"/> 2～3日に1回	<input type="checkbox"/> ()日に1回	<input type="checkbox"/> 浣腸が必要	
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	視力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない	
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 寝付きが悪い	<input type="checkbox"/> 途中で目覚める	<input type="checkbox"/> 睡眠薬を使用	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 特別なこと以外は可	<input type="checkbox"/> 日常的に困難	<input type="checkbox"/> できない		