

入所申込書

【申込日】
令和 年 月 日

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

1.入所希望施設

施設名	特別養護老人ホーム 習志野偕生園 従来型・ユニット型・どちらでも	偕生園を知るに至ったきっかけを、教えてください。
申込状況	<input type="checkbox"/> 上記施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む(または今後申し込む予定) ◇施設名：() () () () () ()	

2.申込者(連絡先) ※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 ()	電話	①自宅：() ②携帯：()

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 ◇施設・病院名： (平・令 年 月頃から) <input type="checkbox"/> その他()
氏名	男・女		
生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		
要介護度	要介護 []		
現住所	〒 -	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい
入所を希望する理由	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「2」の欄にもチェックしてください) <input type="checkbox"/> 介護者(介護する者)がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が〔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 <input type="checkbox"/> その他()		
要介護1・2の方が入所を希望する理由	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。		
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 <input type="checkbox"/> その他() ◇現在治療中の病気・特記事項		

現況調査票

【記入日】
令和 年 月 日

1.本人の状況〔入所希望者氏名： 〕

要介護度	1・2・3・4・5	被保険者番号	
認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	保 険 者	<input type="checkbox"/> 習志野市 <input type="checkbox"/> 他市（ ）

【認知症による行動】	(月1~2回程度)(週1~2回以上)			
	な い	少 しある	や や多い	毎 日ある
物を取られたなど、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"/>
しつこく同じ話しをしたり不快な音をたてる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大声を出す	<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持ってくる	<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.在宅サービスの利用度 (不明な場合はケアマネージャーにご確認ください)

利用限度額割合	60%以上・50%以上・30%以上・30%未満		
居宅介護支援事業所	担当ケアマネージャー() 事業所名()		
認知症高齢者の日常生活自立度	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"/> ショートステイサービス () <input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) () <input type="checkbox"/> 訪問入浴 () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> その他 ()		

3.他の要介護者 (入所申込者以外にも介護している要介護者がいる場合、ご記入ください)

他の要介護者の要介護度	1・2・3・4・5	他の要介護者の利用限度額割合	60%以上・50%以上・30%以上・30%未満
-------------	-----------	----------------	-------------------------

4.主たる介護者・家族等の状況

〔入所希望者氏名： 〕

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)
主介護者の氏名	男・女 続柄 ()	世帯区分	<input type="checkbox"/> 申込者と同居(高齢者世帯) <input type="checkbox"/> // (その他) <input type="checkbox"/> 申込者と別居
介護負担	重い・やや重い・軽い・なし		

【介護者の状況】

障害や疾病	<input type="checkbox"/> 障害や疾病はない <input type="checkbox"/> 障害や疾病があるが、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 <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: inline-block;">項目：排泄・入浴・移動・着替え・食事 など</div> ◇障害や疾病のある場合、その状況を記入してください ()
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)
育児・家族※の看護の状況	<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 ※入所申込者以外の家族 ◇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ください ()
介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 積極的に介護している <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態である

【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)
別居血縁者の介護協力	<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)

【介護について困っていること など】

5.食費・居住費の負担軽減状況

〔入所希望者氏名： 〕

<input type="checkbox"/> 以下のいずれにも該当しない
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者もしくは、世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金受給者の方
<input type="checkbox"/> 世帯全員が市町村民税非課税で本人の合計所得金額と公的年金等収入金額合計 80 万円以下の方
<input type="checkbox"/> 世帯全員が市町村民税非課税で本人の合計所得金額と公的年金等収入金額合計が 80 万以上の方

6.本人の年金状況

※該当項目に○をつけて下さい

(国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 遺族 ・ 障害 ・ その他)	1か月あたり	万円
----------------------------------	--------	----

7.医療・身体の状況

今までにかかった 病気・入院歴	
現在服用中の薬	
感染症の有無	無・有 (感染症名)
皮膚の状態	床ずれ(無・有) 湿疹(無・有) その他()

歩行	独歩 (杖・歩行器) 車いす(自走：可・不可) 寝たきり
立位	可能 ・ 少しの間 ・ つかまれば ・ 困難
座位	可能 ・ 背もたれがあれば ・ 困難 座位保持時間(分)
排泄	尿意(ある・ない) 便意(ある・ない) 排泄の方法：自立 ・ 声掛け見守り ・ 多少介助 ・ 全介助 排泄の場所：トイレ ・ ポータブル ・ オムツ
食事	自立 ・ 声掛け見守り ・ 多少介助 ・ 全介助
食形態	主食：(白米・粥・ペースト) おかず：(常食・刻み・ペースト)
入浴	自立 ・ 声掛け見守り ・ 多少介助 ・ 全介助
更衣	自立 ・ 声掛け見守り ・ 多少介助 ・ 全介助
麻痺等	無・有 (麻痺の部位：)
障害	無・有 (言語・嚥下・病的反射)
視力	支障なし ・ 大きな字なら ・ 明暗がわかる程度 ・ 全盲
聴力	支障なし ・ 大きな声なら ・ ほとんど聞こえない ・ 聞こえない
意思疎通	可能 ・ やや困難 ・ その場のみ ・ 困難
記憶理解	普通 ・ 軽い物忘れ ・ 記憶困難