

## 特別養護老人ホーム さつきの里 入所申込書( 1 )



|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

①さつきの里入所申込書(1)～(3)、②介護保険証の写し、③負担割合証の写し、④負担限度額認定証の写し(お持ちの方)を一緒にご提出ください。

提出方法は、直接さつきの里に持参していただくか、郵送での受付となります。※直接持参される場合は、事前にご連絡をいただき、お約束の上ご来所ください。

記入者(代理人)連絡先

|           |     |    |   |   |
|-----------|-----|----|---|---|
| 住所        | 〒 — | 自宅 | — | — |
|           |     | 携帯 | — | — |
| 氏名        |     | 会社 | — | — |
| 入所希望者との続柄 |     |    |   |   |

|        |                 |                 |     |                |                    |
|--------|-----------------|-----------------|-----|----------------|--------------------|
| 入所申込み先 | 特別養護老人ホーム さつきの里 |                 |     | 保険者<br>(市区町村名) |                    |
| 入所希望者  | フリガナ            |                 | 性別  | 介護保険<br>被保険者番号 |                    |
|        | 入所希望者<br>氏名     |                 | 男・女 | 要介護            | 1・2・3・4・5          |
|        | 生年月日            | 明・大・昭 年 月 日( )歳 |     | 要介護<br>認定期間    | 年 月 日から<br>年 月 日まで |
|        | 現住所             | 〒 —             |     |                |                    |

|       |                   |    |    |    |    |         |
|-------|-------------------|----|----|----|----|---------|
| 家族の状況 | 家族構成              | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 連絡先・住所等 |
|       | 主たる介護者            |    |    |    |    |         |
|       | 同居家族              |    |    |    |    |         |
|       | 同居以外の家族<br>または後見人 |    |    |    |    |         |

|               |   |  |   |  |                                  |
|---------------|---|--|---|--|----------------------------------|
| 申込み状況         | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み<br><input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定<br>申込件数:      件 / 施設名称:  |  |   |  |                                  |
| 入所希望時期        | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい   |  | <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい<br><input type="checkbox"/> 将来的に入所したい <input type="checkbox"/> その他( ) |  |                                  |
| 介護保険<br>負担割合証 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割   |  | 介護保険負担<br>限度額認定証  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(      段階 ) |                                  |
| 部屋の希望         | <input type="checkbox"/> 多床室  |  | <input type="checkbox"/> 個室   |  | <input type="checkbox"/> どちらでもよい |
| 入所希望者の<br>現況  | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし<br><input type="checkbox"/> 高齢者(70歳以上)のみの世帯<br><input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居<br><input type="checkbox"/> 現在施設や病院に入っている (入院・入所中の方は下記に記入して下さい)<br>◇施設名又は病院名:      ◇所在地(市区町村名): _____<br>◇入所又は入院時期:      年 月から<br>退院・退所の予定: <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり (      年 月頃) |  |   |  |                                  |

## 特別養護老人ホーム さつきの里 入所申込書( 2 )

|              |   |  |
|--------------|---|--|
| 入所希望者及び家族の状況 | 入所を希望する理由<br><small>(該当するもの全てを選んで下さい)</small> | <p>※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。<br/>                 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。その為、下記の項目についても、該当するものを必ず回答して下さい。)</p> <p><input type="checkbox"/> 主たる介護者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。<br/> <input type="checkbox"/> 介護困難                                      <input type="checkbox"/> 多少は介護できる                                      <input type="checkbox"/> 介護可能</p> <p><input type="checkbox"/> 主たる介護者の年齢<br/> <input type="checkbox"/> 70歳以上                                      <input type="checkbox"/> 60歳以上                                      <input type="checkbox"/> 60歳未満</p> <p><input type="checkbox"/> 主たる介護者が生計中心者として就労しているため。<br/> <input type="checkbox"/> 1日8時間以上                                      <input type="checkbox"/> 4～8時間                                      <input type="checkbox"/> 4時間未満</p> <p><input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児、または家族の看病をしているため。<br/> <input type="checkbox"/> 常時の育児・看病                                      <input type="checkbox"/> 半日の育児・看病                                      <input type="checkbox"/> 臨時の育児・看病</p> <p><input type="checkbox"/> 複数の高齢者(障害児者)等を在宅で介護しているため。<br/> <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。<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"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難なため。<br/> <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。</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。<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"/> 単身世帯であることや、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。</p> |
|              | 主たる介護者の介護負担                                   | <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし<br>(状況: )  |
|              | 主たる介護者の介護の関与                                  | <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> ふつう<br>(状況: )  |
|              | 他同居家族の介護協力                                    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 週1～3回 <input type="checkbox"/> 週4回以上<br>(状況: )   |
|              | 別居血縁者の介護協力                                    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 週1～3回 <input type="checkbox"/> 週4回以上<br>(状況: )   |
|              | 近隣者等の介護協力                                     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 週1～3回 <input type="checkbox"/> 週4回以上<br>(状況: )   |
|              | その他意見   | 【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】   |

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_

## 特別養護老人ホーム さつきの里 入所申込書( 3 )

入所希望者の身体状況等の該当するものに✓(ケアマネジャーと契約している場合は相談し記入を依頼)して下さい。  
 (「特記事項」「頻度」等についても、可能な限り具体的にお書き下さい。)

|   |   |        |     |     |
|---|---|--------|-----|-----|
| 身体状況  | 歩行: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 福祉用具、手引きで歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行不可 <input type="checkbox"/> 車椅子<br>(特記事項: )<br>移乗: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 立位可<br>(特記事項: )<br>排泄: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用<br>(特記事項: )<br>食事: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 <input type="checkbox"/> はし使用 <input type="checkbox"/> スプーン使用】<br>(特記事項: )<br>入浴: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ<br>(特記事項: )<br><br>視力: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 見えない / 聴力: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴<br>嚙下(えんげ): <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 / 睡眠: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (服薬: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)<br>麻痺(まひ) : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: )<br>褥瘡(じょくそう): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: ) |        |     |     |
| コミュニケーション<br>の状況                                  | 発語: <input type="checkbox"/> 話ができる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 何を言っているか分からない <input type="checkbox"/> 話せない<br>意思決定: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な状況を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない<br>理解: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な状況を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない  |        |     |     |
| 認知症高齢者の日常生活<br>自立度<br>判定基準<br>及び<br>精神状態・<br>問題行動 | 認知症高齢者の日常生活自立度( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M)<br><br>【精神状態】<br><input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想(被害・嫉妬・物盗) <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害<br><input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮<br>(特記事項(頻度等): )<br><br>【問題行動】<br><input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 物の収集 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 繰り返し言動<br><input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 大声・奇声をあげる <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否<br><input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不穏(暴言・暴行・破壊)<br>(特記事項(頻度等): )  |        |     |     |
| 医療の状況   | 現在治療中の病気・ケガ<br><br>既往症(感染症を含む、治療期間・病名・医療機関を明記して下さい)<br><br><table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">かかりつけ医</td> <td style="width: 40%;">病院名</td> <td style="width: 40%;">科目名</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 胃ろう・経鼻 ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 点滴<br><input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> その他( )<br>(特記事項)   | かかりつけ医 | 病院名 | 科目名 |
| かかりつけ医  | 病院名   | 科目名    |     |     |
| 担当ケアマネ<br>・<br>病院相談員等                             | 事業所名 <span style="float: right;">担当者名</span><br><br>電話番号 ( )<br>(特記事項)  |        |     |     |