

入所申込書兼状況調査票

社会福祉法人 愛泉会
 特別養護老人ホーム 愛泉荘～きずな館～ 施設長 宛

次の通り施設入所を申し込みます。

令和 年 月 日

申請者	氏名(ふりがな)			続柄	
	住所	〒			
	電話	() ()	明・大・昭		年 月 日生 歳
本人の状況	介護保険被保険者番号	(健康保険被保険者番号ではありません。お間違いの無いようにお願いします。)			
	氏名(ふりがな)			男 ・ 女	
	住所	〒			
	電話	()	明・大・昭		年 月 日生 歳
	要介護度	3 ・ 4 ・ 5 〔特例入所〕 1 ・ 2	他の特養申請状況		
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 老人保健施設入所中 ・ その他()			
	病院・施設名		現在右記のような処置を受けていますか?受けているものに○を付けて下さい。	経管(鼻腔栄養) ・ 胃ろう 在宅酸素 ・ インスリン ・ 尿カテーテル その他()	
	病名				
	認知症	ある ・ なし (「ある」の方は下記のご記入をお願いします。)			
		次にあげるような症状がありますか?あてはまるものの番号全てに○をつけてください。			
		1. 記憶力の低下 (寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じことを聞いたりする。) 2. 理解・判断力の低下 (言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。) 3. 見当識の障害 (今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもが分からないことがある。) 4. 昼夜逆転 (昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) 5. 徘徊(はいかい) (目的がなく歩き続けることがある。) 6. 幻覚・妄想 (「お金を盗られた」「食事を与えてくれない」などの実際には無いことを訴える妄想が起こったり、またはみえないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。) 7. 収集癖 (自分のものではない物や、必要ではない物などを持ち帰る行動が見られる。) 8. その他 ()			
	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"/> V			
	今すぐ入所する意思がございますか?	今すぐ ・ 数か月後 ・ 数年後			
	家族構成	一人暮らし ・ 夫婦二人 ・ 家族等同居 ・ その他()			

→裏面もございます。

※ここからは、ご本人の介護を行なっている方についてお聞きします。

介護を行なっている方の状況	同居・別居に関わらず、介護を行なっている方についてお書きください。	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	続柄 (主たる介護者に◎)	同居の有無	仕事の有無
		()	()	()	同居・別居	フルタイム パート・無
		()	()	()	同居・別居	フルタイム パート・無
		()	()	()	同居・別居	フルタイム パート・無
		()	()	()	同居・別居	フルタイム パート・無
その他介護を行なっている方の状況	①介護を行なっている方は、障害やご病気がありますか？ 病名等を教えてください。 (※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。)		障害・病気が (ある・ない) 病名:		※要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)	
	身体障害手帳をお持ちの方は、何級かお答えください。 (1級・2級・3級・4級・5級・6級)			障害名をお書きください。		
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお答えください。			A(重度)・B(中度・軽度)		
	上記以外の場合にお書きください。					
	②複数人の介護・育児をして (いる・いない)			どなたを介護していますか？		
介護サービスの利用状況	当法人のサービスを利用したことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある (デイサービス・ショートステイ・ケアハウス・障害サービス) <input type="checkbox"/> ない				
	その他の在宅介護サービスを利用していますか？	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない				
ケアマネージャーはどこに頼んでいますか？	居宅介護支援事業者名:			電話番号: () ケアマネージャーの氏名:		
申し込み理由(特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。)						

※要介護1又は2の方は、以下の特列入所の該当要件にチェックの上、理由も記入して下さい。

特列入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態のため。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、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見られ、在宅生活が困難な状態のため。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は虚弱である等により、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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため。
	(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を提供して頂いてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・捺印をお願いします。

氏名(本人) _____ 印

代筆者 _____ 印

申し込みをされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度・心身の状況等)及び介護を行なっている方の状況などに変化があった場合は、速やかにご連絡されるようお願いいたします。