

(様式1)

特別養護老人ホーム 優先入所申込書 (その1)

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

【申込者】

特別養護老人ホーム はるな苑
施設長 様

住所	〒		
(ふりがな) 氏名		本人との関係	
連絡先	自宅	()	
	携帯	()	

特別養護老人ホーム はるな苑 へ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(ふりがな) 氏名		性別	保険者	
			男・女	被保険者番号	
				要介護度	1・2・3・4・5
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)		介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	住所	〒		負担割合	1割・2割・3割
				負担限度額認定	1・2・3・4
	現在利用している在宅サービスの状況	1 訪問介護 (ヶ月に 回 / 週間に 回) 2 訪問入浴介護 (ヶ月に 回 / 週間に 回) 3 訪問看護 (ヶ月に 回 / 週間に 回) 4 訪問リハビリテーション (ヶ月に 回 / 週間に 回) 5 通所介護 (デイサービス) (ヶ月に 回 / 週間に 回)		6 通所リハビリテーション (デイケア) (ヶ月に 回 / 週間に 回) 7 短期入所生活介護 (ショートステイ) (ヶ月に 回 / 週間に 回) 8 短期入所療養介護 (ヶ月に 回 / 週間に 回) 9 福祉用具の寄与・購入費の支給 10 在宅サービスを利用したことがない	
	現在利用している施設サービスの状況	1 医療機関 2 介護老人保健施設 3 その他 () 名称： に 年 月 日から、入院・入所中			
	認知症等による不適応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし			
	医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】			
入所を希望する理由	1 介護者がいないため () 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため () 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため () 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () 5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため () ※当てはまるものに○をして、()に具体的な理由を記入してください 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい () 7 その他 ()				

特別養護老人ホーム 優先入所申込書 (その2)

介護者の状況	主たる介護者	(ふりがな) 氏名			性別	本人との関係	
		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)		男・女		
		同居の区分	1 同居 2 別居 (住所 :)				
		主たる介護者の健康状態	主たる介護者の育児・家族の状況	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の複数介護の状況		
	1 良好 2 不良 (該当するものに○) ・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能	1 有 (該当するものに○) ・常時育児、看病が必要 ・半日育児、看病が必要 ・時々育児、看病が必要 ・65歳以上の高齢世帯 2 なし	1 有 (該当するものに○) ・8時間以上 ・4時間以上8時間未満 ・4時間未満 2 介護のために仕事をやめた 3 なし	1 有 (該当するものに○) ・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能 2 なし			
	従たる介護者	(ふりがな) 氏名			性別	本人との関係	
		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)		男・女		
		同居の区分	1 同居 2 別居 (住所 :)				
		同居介護者の状況	1 従たる同居介護者がいない 2 介護困難 3 多少介護可能 4 介護可能				
	介護期間	年		ヶ月			
別居している血縁者による介護の可能性	1 別居している血縁者がいない 3 多少介護可能		2 介護困難 4 介護可能				
その他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい					
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地： 施設名：					
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<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等が疑われること等により、心身の安全・安心の確認が困難である <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な状況である					
説明確認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 年 月 日 氏名： _____						

※ 認定調査票 (写)、主治医意見書 (写)、介護保険被保険者証 (写)、サービス利用表 (写) を添付してください。

※ 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

身体状況確認表

入所本人氏名

記入日	年	月	日	記入者 氏名	本人と の関係				
身 体 状 況	視力	1. 普通 2. やや悪い 3. 人や物の動きがわかる 4. ほとんど見えない 5. 判断不能 / 眼鏡 (有・無)							
	聴力	1. 普通 2. 大声で聞こえる 3. 耳元で大声で聞こえる 4. ほとんど聞こえない 5. 判断不能 / 補聴器 (有・無)							
	言語	1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. ほとんど話せない							
	麻痺	無・有 (右・左 手・足) / 理由 ()			拘縮	無・有 (部位:)			
基 本 動 作	寝返り	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助							
	起き上がり	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助							
	座位保持	1. 自立 2. 支え必要 () 3. できない							
	立ち上がり	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助							
	立位保持	1. 自立 2. 支え必要 () 3. できない							
A D L 状 況	歩行	可・不可		転倒歴	無・有 (いつ頃:)				
		1. つかまり歩き 2. 歩行介助 3. 車椅子使用 (屋内・屋外) ・ (自操・介助)							
		行動範囲	1. 単独外出 2. 家の周り 3. 屋内のみ 4. 常時臥床						
		特記事項							
	食事	1. 自立 (箸・スプーン) 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助							
		食事形態	主食 (米) 1. 常食 2. 粥 3. ペースト 4. 経管栄養 /				パン 1. 常食 2. パン粥 麺 1. 常食 2. 刻み		
			副食 1. 常食 2. 一口大 3. 刻み 4. ペースト / 平均水分量 ml						
		アレルギー	無・有 ()			嫌いな物	無・有 ()		
		口腔内	義歯無・総入れ歯・部分入れ歯 (上顎・下顎) ・自歯						
		治療食	無・有 (制限)			嚥下	良・不良 トロミ有・無		
	特記事項								
	排 泄	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助							
		<input type="checkbox"/> トイレ (一日中・日中のみ) ・ (リハビリパンツ・パット・布パンツ)							
		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 (一日中・夜間のみ) <input type="checkbox"/> 尿器 (一日中・夜間のみ)							
		<input type="checkbox"/> オムツ (一日中・夜間のみ) ・ (紙オムツ・リハビリパンツ・パット)							
失禁		1. 無 2. 有	尿意	1. 無 2. 有	便意	1. 無 2. 有	便秘	1. 無 2. 有	
下剤の使用		1. 無 2. 有 ()			特記事項				
排尿回数		日中 () 回		夜間 () 回		排尿量	多い 普通 少ない		
更衣		1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助							
入浴	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助								
	入浴形態	1. 一般浴 2. シャワー浴 3. 清拭 4. 機械浴							
整 容	1. 洗顔 (可・不可) 2. 歯磨き・義歯洗い (可・不可) 3. 口ゆすぎ (可・不可)								
	特記事項								

