

副施設長	事務長	施設次長	相談員

入所区分	一般 ・ 特例
入所申込日	令和 年 月 日
入所申請受付日	令和 年 月 日

特別養護老人ホーム さくら苑立願の森 入所申請書

特別養護老人ホーム さくら苑 立願の森

理事長 山田 勝徳 様

入所申込者 〒 _____

住所:

氏名:

電話番号: _____-(_____)_____-

入所希望者との続柄 (_____) _____

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

入所希望者の状況											
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	満(_____)歳						
氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日					
現住所	〒 _____										
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等										
	[施設又は病院等]										
	名称										
	所在地										
	入所(院)開始年月日										
保険者名		被保険者番号									
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5									
	要介護認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで									
入所希望理由	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため。										
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため。										
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため。										
	<input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため。										
	<input type="checkbox"/> 現在入所(院)している施設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(_____) _____)										

様式1

入所希望内容	入所希望者の状況
	<p>部屋：さくら苑立願の森ユニット型居室を希望します。</p> <p>【ユニット型さくら苑立願の森】</p> <p><u>ユニット型居室：29室</u> ※玉名市在住の方に限ります</p> <p>* 他施設への入所申請意向等</p> <p><input type="checkbox"/> 申請予定なし <input type="checkbox"/> 申請予定 (施設名：)</p> <p style="text-align: right;">(施設名：)</p>
その他入所に関して 特に希望する事項 (サービス内容等)	<p>※負担限度額認定証をお持ちの方はお知らせください【 】</p> <p>※現在受給されている年金の種類：<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 障がい者年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 不明</p>

特例入所を希望する事由
<p>● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症であり、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る。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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"/> 家族等による申告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。 <input type="checkbox"/> その他 <p>● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p>

同意書
<p>今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入所申込者 氏名： 印</p> <p style="text-align: right;">入所希望者 氏名： 印</p>

※ 被保険被保険者証(コピー)を添付してください。

様式2

特別養護老人ホーム さくら苑立願の森 入所申込書別紙(調査票)
(施設・病院等の入所(院)者用)

入所希望者氏名		記入者氏名	印
※記入者所属		連絡先(希望者)	
職名		連絡先(記入者)	

※ 居宅介護支援事業所又は、地域包括介護支援センターが記入した場合に記載をお願いします。

調査項目	内 容		
入所区分	<input type="checkbox"/> 一 般 <input type="checkbox"/> 特 例		
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	要介護認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで	
介 護 の 状 況	食 事	介護の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 義歯: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		食事の内容	(主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
		排 泄	介助の状況
	排泄の方法		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()
	入 浴	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		入浴のに方法	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他()
	更 衣	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	体位変換	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	睡眠状態	介助の状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 睡眠パターン()
	移 動	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		器具の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子() <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()
	[その他介助の状況に関する特記事項]		
	身 体 の 状 況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない
聴力		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない	
発語		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない	
意思疎通		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何とか可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 通じない	
障害手帳の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [障害手帳]	
		障害手帳の種類	
		障害名	
障害の程度(度・級)			
身長:		cm	体重: kg 性格:
[その他身体状況に関する特記事項]			

様式3

調査項目	内 容		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 疾病又は処置(※)があり、常時看護又は見守りが必要。 ※ 経管栄養、在宅酸素、胃ろう等 <input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。 <input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。		
	[疾病又は処置がある場合のその状況]		
	主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週・月 回、1回あたり 時間程度	
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週・月 回、1回あたり 時間程度	
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週・月 回、1回あたり 時間程度	
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週・月 回、1回あたり 時間程度	
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週・月 回、1回あたり 時間程度	
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週・月 回、1回あたり 時間程度	
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週・月 回、1回あたり 時間程度	
[その他疾病又は処置に関する特記事項]			
認知症の度合い	<input type="checkbox"/> Ⅳ以上 <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> なし		
	※ 認知症の度合いは、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第136号厚生省老人保健福祉局長通知による。) 【認知症の状態にある場合その状態に関する特記事項】		

様式4

調査項目	内 容	
生活環境	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居(子の家等に同居する場合も含む) [家族がいる場合の家族構成] <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	居住の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない場所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない場所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。 ※ 同居の家族の他、同居の家族以外の肉親、縁者等も含むが、介護保険等の保健・医療・福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 [介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)の予定] ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を示す。	
	氏名	入所者との続き柄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年齢 満()歳
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)
	就労等の状況	週 回、1日あたり 時間 に従事
	疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
	対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。
	介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担がない
介護者に関する特記事項	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	

様式5

調査項目	内 容		
退所(院)後の 在宅サービス での介護保険 居宅サービス 又は介護保険 以外の福祉 サービス等の 利用予定	<input type="checkbox"/> 利用する。 <input type="checkbox"/> 利用しない。 * 現在、利用中または、必要性のあると判断するサービスを記入して下さい		
	[利用する場合の予定]		
	介護保険の居宅 サービス(※)の 利用予定	サービス種類	利 用 頻 度
			週・月()回 1回あたり()時間・日程度
			週・月()回 1回あたり()時間・日程度
			週・月()回 1回あたり()時間・日程度
			週・月()回 1回あたり()時間・日程度
			週・月()回 1回あたり()時間・日程度
			週・月()回 1回あたり()時間・日程度
			週・月()回 1回あたり()時間・日程度
		週・月()回 1回あたり()時間・日程度	
全サービス合わせて、()%程のサービス利用予定			
介護保険以外の 福祉サービス等 の利用予定	サービス種類	利 用 頻 度	
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。		
	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。		
	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。		
※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。			

様式6

調査項目

(前記調査項目以外で、入所申込に関して、特に留意すべき事項があれば記載してください。)

その他入所申込に際して、特に留意すべき事項