

入居申込書

特別養護老人ホーム リーフ鶴ヶ谷 施設長様

次のとおり施設入居を申込みます。

年 月 日

申込者	ふりがな			続柄			
	氏名			生年月日	M・T・S 年 月 日 ()		
	現住所	〒 —		TEL			
				携帯	()		
本人の状況	介護保険被保険者番号	(※健康保険被保険者証ではありません。お間違えのないようにお願いします。)					
	ふりがな			性別	男・女		
	氏名			生年月日	M・T・S 年 月 日 ()		
	現住所	〒 —		TEL	()		
				携帯	()		
	要介護度	3 ・ 4 ・ 5		他の特養申込状況	件		
		[特例入所] 1 ・ 2					
	現在の状況	病院名		施設名			
		在宅・入院中()・老人保健施設入居中()・その他()					
		住居からの立ち退き、病院や施設から退院、退居を迫られて いる・いない					
	入居の意思	今すぐ入居したい ・ 数ヶ月後入居したい ・ 数年後入居したい					
かかりつけ医	医療機関名						
	住所	TEL ()					
	医師氏名						
現在右記のような処置をうけていますか？	経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう) ・ 在宅酸素 ・ インスリン その他 ()						
現病歴又は既往歴	病名	発症年月日	内服	通院の必要性(頻度)			
			有・無	有・無 ()			
			有・無	有・無 ()			
			有・無	有・無 ()			
			有・無	有・無 ()			
			有・無	有・無 ()			
			有・無	有・無 ()			
ケアマネジャーはどこに頼んでいますか？	居宅介護支援事業所名		TEL	ケアマネジャーの氏名			
現在デイサービスやショートステイの利用の有無	利用しているサービス①			事業所名			
	利用しているサービス②			事業所名			

※ 認知症の診断がおりている方は、発症年月日も含め、必ずご記入ください。

本人の状況	認知症による症状(認知症があると思われる方は、記入をお願いします。)	寸前の記憶がなく、同じ話を繰り返したり、聞いたりすることが	ある・ない
		自分の名前を答えることが	できる・できない
		言葉の意味を理解することができず、簡単な質問にも答えられないことが	ある・ない
		毎日の日課を理解することが	できる・できない
		現在の時間や場所、一緒にいる人がわからないことが	ある・ない
		昼間に寝て、夜になると起き出しごそごそと動き回ることが	ある・ない
		目的がなく歩き続けることが	ある・ない
		幻覚や妄想を訴えることが	ある・ない
		他人の物や、必要ない物を持ち帰ることが	ある・ない
		大声を発したり、不快な音を出すことが	ある・ない
		泣いたり、笑ったり感情が不安定になることが	ある・ない
		暴言や暴行が	ある・ない
		助言や介護に抵抗することが	ある・ない
		「家に帰る」等と言い、落ち着かないことが	ある・ない
		物や衣類を壊したり、破いたりすることが	ある・ない
		不潔な行為(排泄物を弄ぶ等)を行うことが	ある・ない
		食べられないものを口に入れることが	ある・ない
		その他 ()	
	眠剤や安定剤を服用…	している・していた時がある・まったくしていない	
	わからない時は未記入でいいです	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
日常生活動作	起き上がり	自立・見守り、声がけ・一部介助・全介助	
	寝返り	自立・見守り、声がけ・一部介助・全介助	
	座位保持	自立・見守り、声がけ・一部介助・全介助	
	歩行状況 (複数選択可)	できる(独歩・付き添い・手引き・杖・歩行器・その他) できない(車イス・リクライニング・寝たきり)()	
	使用機器	杖・歩行器・車椅子・その他()	
	食事	自立・見守り、声がけ・一部介助・全介助	
	排泄	自立・見守り、声がけ・一部介助・全介助 日中トイレ(行く・行かない) 夜間トイレ(行く・行かない) 失禁(有・無) 尿器使用(有・無) ポータブルトイレ使用(有・無) オムツ使用(有・無)	
	入浴	自立・見守り、声がけ・一部介助・全介助	
	衣服着脱	自立・見守り、声がけ・一部介助・全介助	
	洗面	自立・見守り、声がけ・一部介助・全介助	
	歯磨き	自立・見守り、声がけ・一部介助・全介助	
	意思疎通	可能・単純な会話は可能・不可能	
	意思疎通	聴力障害(有・無) 補聴器使用(有・無) 視力障害(有・無) 言語障害(有・無)	

家族の状況	家族構成 (同居人)	氏名 (主たる介護者に◎)	続柄	生年月日(年齢)	勤務先 (フルタイム・パート)		
		()		()	(フルタイム・パート)		
		()		()	(フルタイム・パート)		
		()		()	(フルタイム・パート)		
		()		()	(フルタイム・パート)		
		()		()	(フルタイム・パート)		
	介護を行っている 方の状況	障害や病気の有無		有・無	病名 ()		
		要支援・要介護認定の有無		要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		
		身体障害者手帳の有無		有・無	障害名 ()、 級		
		療育手帳の有無		有・無	A(重度)・B(中度・軽度)		
		上記以外の場合					
		複数人の介護、育児を		している・していない 被介護、育児者の続柄 ()			
	主たる介護者以外の方の連絡先	ふりがな		続柄	生年月日		
		氏名			M・T・S	年 月 日	
		現住所	〒	—	TEL	()	
勤務先				携帯	()		
TEL ()							
申し込み理由 (必ずご記入ください)							

※ 要介護1 又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症である事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が頻繁に見られ、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十分に認められない事により、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いただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名(本人) _____ 印
代筆者 _____ 印

申込みをされた後に、入居を希望されるご本人の状況(要介護度、心身の状況等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、施設に速やかにご連絡をいただけるようお願いいたします。

※ 入居の順番が来て、特に事情がなく辞退された場合は待機扱いとなりますが、二度目に辞退された場合については申し込みが取り消しとなります。