

# 特別養護老人ホームあづきもち 入所申込書

平成 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏名	性別		生年月日	
	男・女	明・大・昭	年	月 日 ( 歳)
住所	〒 ( - ) Tel			
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号	.....
要介護度	申請中	要介護度1	要介護度2	要介護度3 要介護度4 要介護度5
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい      2. 6か月以内には入所したい 3. 将来的には入所をしたい			
認知症の状況	有・無	認知症日常生活自立度	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M
認知症の具体的症状				
知的障害、精神障害等の状況	*手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。			
居宅サービスの利用状況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。			
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有・無 (有の場合は、退所予定時期 )			

家族、身元引受人等の連絡先 \*介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

(フリガナ) 氏名	続柄	<b>家族構成</b> <記載例> 男□ 女○ 故人 ■ ● 同居○で囲む 
住所 介護者	〒 ( - ) Tel	
(フリガナ) 氏名	続柄	
住所 介護者	〒 ( - ) Tel	
(フリガナ) 氏名	続柄	
住所 介護者	〒 ( - ) Tel	

(裏面も記入してください。)

(裏面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:( ) 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:( ) 〕 介護が困難な状況:
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:( 1 ・ 2 ・ 事業対象者 ) 年齢:( 歳) 〕 介護が困難な状況:
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 介護が困難な状況: 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況: 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 ( 週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無) 〕
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	8. 上記以外の状態で介護が困難 〔 介護が困難な状況: 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ） (施設名 )
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院 (施設名 )

4 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

--

担当ケアマネジャー	氏名	事業所名
主治医	氏名	病医院名

\* 入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。  
\* 申込書の有効期限は1年です。1年を過ぎて入所に至らず待機継続ご希望の場合にもご連絡をお願いいたします。

## 入居申込み者の身体状況

・移動 独歩・杖歩行・伝い歩き・手引き・歩行器・シルバーカー・車いす・這う

・食事 自力摂取・半介助・全介助・とろみ剤の使用(有・無)・経管栄養  
食事制限(無・有→ )

・排泄 自立・半介助・全介助(トイレ・Pトイレ・尿取りパッド・紙パンツ・紙おむつ)で対応

・入浴 自立・半介助・全介助(自宅・ヘルパー利用・訪問入浴・デイ・ショート)／機械浴槽利用(有・無)

物忘れ 自分の名前が言えない ( 言える・時々言えない・言えない )  
自分の生年月日、年齢が言えない( 言える・時々言えない・言えない )  
数分前の事を忘れる ( 忘れる・時々ある・忘れない )  
同じことを繰り返し言ったり、行う ( ない・時々ある・ある )  
人物が分からない ( 解る・家族は解る・解らない )  
自宅や施設の場所が判断できない ( 判断できる・判断できない )  
他人の介助に抵抗することがある ( ない・時々ある・ある ( 家族・職員 ) )  
外出すると一人で自宅に戻れない ( 戻れる・戻れない・外出しない )  
認知症の診断( 無・有⇒アルツハイマー・血管性・レビー小体・ピック病・不明 )

## その他

・現病気(病名・ケガ名・発症年月・通院頻度)

・過去の病歴(病名・ケガ名・発症年月・通院頻度)

・年金の受給額 万円／月 ・本人の課税状況(課税・非課税) ・配偶者の課税状況(課税・非課税)

特別養護老人ホームあづきもち  
施設長 島野 安 様

入居申込み者 \_\_\_\_\_ は平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 現在、要介護  
1・2 の認定を受けていますが下記の通り、特例入所の要件に該当すると思われるため、貴施設への特例入所についてご検討頂きたく申し出致します。

※要介護1・2の方で入居をご希望される場合は以下 A～E のいずれかに該当することが入居の要件です。該当すると思われる内容に○をつけ、その内容について下の枠内に具体的にご記入ください

A	認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にある。
B	知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にある。
C	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。
D	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こと。
E	居宅サービス等の利用に関する状況などから、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められること。

平成 年 月 日

身元保証人 氏名

続柄 ( )