

標準入所申込書

| | | |
|--------------|----------------|--|
| 関係施設 申し込み | ヴェルバレー 安寿の郷 | |
|--------------|----------------|--|

特別養護老人ホーム 洲原ほむ施設長 様

| | | | |
|-------------|----------------|----------|---------------|
| 入所希望者 (申込者) | | 整理番号 | |
| ふりがな | | 保険者名 | |
| 氏名 | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 要介護度(特例) | (1・2) 3・4・5 |
| 性別 | 男・女 | 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 現住所 | 〒 - 電話番号:() - | | |
| 給付制限 | | | |
| 認定審査会 意見 | | | |

注:介護保険者証を転記して下さい。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者兼連絡先(申込者が本人でない場合、下の欄にお書きください。)

| | | | | |
|------|-------------------------|-----------|---|----------|
| ふりがな | | 入所希望者との続柄 | | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 | 就業 有り・なし |
| 住所 | 〒 - 電話番号: ①() - ②() - | | | |

上記入所希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

| | | | | | |
|------|----------|--|------|---------------|--------|
| 希望事項 | 時期 | 早急・年 月 以降 | 申込予定 | 貴施設のみ・他にも申し込む | ヶ所(予定) |
| | 入所を込急ぐ理由 | (理由について、該当するものにすべてにレ印を記入ください。) <input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難(詳細を8欄に記入) <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 その他の理由(具体的にお書きください。不足する場合は裏面等余白に御記入ください。) (要介護1・2の場合は以下の項目についても該当するものすべてにレ印を記入して下さい。) <input type="checkbox"/> 9 認知症、知的障害・精神障害等により、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎 困難さ等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 10 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 11 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由(具体的にお書きください。) | | | |

同意及び説明確認欄
入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャー等にこの申込み内容を情報提供し
また情報提供を受けることに同意します。

また、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。

年 月 日 氏名 印

事務処理欄

| | | |
|---------------|------------------|-----|
| 申込日: 令和 年 月 日 | 受付日: 令和 年 月 日 | 受付者 |
| 受付方法: 来所・郵便・ | 意思確認: 令和 年 月 日 | |
| 受付簿記入者 | 受付簿記入日: 令和 年 月 日 | |

標準調査票

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|---|------|---|--------------------|-----|----|
| 現況 | | 独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名)・入所中(施設名) | | | | | |
| 生活状況 | 移動 | 歩行・いざり・四つんばい・杖歩行器・車椅子・ストレッチャー | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 食事 | 主食)普通・かゆ・ミキサー 副食)普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 更衣(着替え) | | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 整容(身だしなみ) | | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 排泄 | トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ 人工膀胱・人工肛門 | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 入浴 | 一般浴・介助浴・シャワー浴・特浴 | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 送迎時の介助 | 車椅子(要・不要)・ストレッチャー(要・不要) | | | | | |
| ※記入にあたっては、認定調査時の資料等から転記していただいても結構です。 | | | | | | | |
| 身体状況 | 視力 | 普通・見えにくい・見えない | | 身長 | cm | 体重 | kg |
| | 聴力 | 普通・聴こえにくい・聴こえない | | 精神状態 | 安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他) | | |
| | 発語 | 普通・やや不自由・不自由 | | 認知症 | 無・有(I・II・III・IV・M) | | |
| | 理解力 | 普通・分かりにくい・分からない | | 問題行動 | 無・有(徘徊・不潔行為・他) | | |
| 健康状態 | 現疾患 | | | 病歴 | | | |
| | 主治医 | | | TEL | | | |
| | 医療の状況 | 経管栄養・胃ろう・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他() | | | | | |
| | 感染症 | 無・有() | | アレルギー | 無・有() | | |
| | 皮膚刺激 | 普通・弱い | | 麻痺 | 無・有() | | |
| | 便秘 | 無・有(服薬: 無・有) | | 拘縮 | 無・有() | | |
| | 睡眠 | 良・不良(服薬: 無・有) | | 床ずれ | 無・有() | | |
| | のみ込み | 異常なし・むせる・つまる | | 湿疹 | 無・有() | | |
| 入れ歯 | 無・有(上・下) | | 口腔状態 | 無・有() | | | |
| 介護の状況 | 主たる介護者名 | | 年齢 | 才 | 性別 | 男・女 | 続柄 |
| | 就労状況等 | 就労中・共働き・育児・その他() | | | | | |
| | 介護期間 | 年 月頃から | | その他の介護者 | 無・有()名 | | |
| | 窓口相談 | 無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他()) 居宅介護支援事業所 ケアマネージャー名 () () | | | | | |
| その他 | 介護保険負担限度額認定証 | なし・あり(第1段階・第2段階・第3-①段階・第3-②段階) | | | | | |
| | 介護保険負担割合 | 1割・2割・3割 | | 身体障害者手帳 | なし・あり | | |
| | 年金額 | 万/2ヶ月 | | 預貯金額 | 円 | | |
| 【介護上の悩み・困っていること】 | | | | ご家族構成図 | | | |
| ※別の用紙にお書き頂いても結構です。 | | | | (例) | | | |
| | | | | <pre> graph TD H[夫 74歳] --- W((入所希望者)) W --- D[長女 40歳 遠方地に在住] W --- S[長男 45歳] S --- SW[長男の妻 42歳] S --- GS[長男の息子 18歳] </pre> | | | |

生活履歴票

| | | | | | |
|--|-----|------|-----|-------|--------|
| 氏名 | | 様 | 男・女 | 明・大・昭 | 年 月 日生 |
| 生活歴(出生地・学歴・職歴・婚姻歴など) 申込者の生活史を知ることがご本人を知りより良い介護を提供することに繋がります。 ご趣味だったことや得意であったことなどもお書き添え下さい。 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 医療機関通院歴・入院歴 (①医療機関②期間③傷病名をご記入下さい) | | | | | |
| ①医療機関名 | ②期間 | ③傷病名 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |