

入所申込書兼受付簿

特別養護老人ホーム 吉井川荘
荘長 畑口 聡明 殿

申込日	令和 年 月 日
受付番号	

1	特別養護老人ホーム 吉井川荘(従来型)	定員50名	全域	申込します・申込しません
2	特別養護老人ホーム 吉井川荘(地域密着型)	定員20名	美咲町民・赤磐市民限定	申込します・申込しません

申込者(今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

ふりがな		続柄	電話番号	
氏名			携帯番号	
現住所	〒			

入所対象者

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	明治・大正・昭和	年 月 日生 歳
現住所	〒		電話番号	
			携帯番号	
被保険者番号			保険者名(番号)	
要介護認定	<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			
認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
認知症高齢者自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			

居宅介護支援事業所	事業所名	電話番号
	担当者名	F A X

介護保険負担限度額認定証	有・無	(負担段階) 1段階 ・ 2段階 ・ 3段階① ・ 3段階②
--------------	-----	--------------------------------

介護保険負担割合証	(利用者負担の割合) <input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割
-----------	--

特列入所要件(要介護1~2の方)	有(詳細は別紙 1「特列入所申込書」のとおり) ・ 無
------------------	-----------------------------

説明・確認及び申込者署名欄

私は次の事項について施設(担当者)より説明を受けました。
○入所申込から契約までに必要な手続き、入所待機順位決定方法、及び入所に当たっての注意事項について
令和 年 月 日
申込者氏名

同意欄

○申込書の内容に変化があった場合は施設に連絡することについて同意します。
○入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
○入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
○施設が病院及び居宅介護支援事業者等へ入所申込者の状況について確認することに同意します。
今後、特別養護老人ホーム吉井川荘への入所申込者の状況を調査するため、氏名、生年月日、現住所(居所)について、保険者である市町村に報告することに同意します。
令和 年 月 日
氏名 _____ (印)

裏面へ続く

他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みをしている (施設名:) () ()	
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者がいない (<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 <input type="checkbox"/> 上記に該当しない(介護に欠ける状態ではない)	
	※上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入下さい	
入所者本人の状況	居宅	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護(最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス
	病院	<input type="checkbox"/> (病院名:) (入院日: ~)
	施設	<input type="checkbox"/> (施設名:) (入所日: ~)
	既往歴	
		<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()
	主治医	<input type="checkbox"/> 病院名 <input type="checkbox"/> 担当医
日常生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べれる <input type="checkbox"/> 少し介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
	更衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
	整容	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
基本動作状況	歩行	<input type="checkbox"/> 普通に歩ける <input type="checkbox"/> 何かに掴めれば可能 <input type="checkbox"/> 歩けない
	車椅子	<input type="checkbox"/> 自分で操作できる <input type="checkbox"/> 少し介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
	立位	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 何かに掴めれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
	起き上り	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 何かに掴めれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
	移動	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要
コミュニケーション	意思疎通	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> ある程度理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通に聞こえる <input type="checkbox"/> 少し聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴
	視力	<input type="checkbox"/> 普通に見える <input type="checkbox"/> 少し見えにくい <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全盲
性格・精神状態 (複数回答可)	性格	<input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 落ち込み易い <input type="checkbox"/> 怒りっぽい
	意欲	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば 積極的・消極的
	行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊(夜間・昼間) <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> 大きな声がでる <input type="checkbox"/> 口調を荒らす事がある <input type="checkbox"/> 作話がある <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> その他()

※この入所申込書を提出されることにより入所申込者リストに登録される事となります。正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。なお、毎年度1回、入所待機者現況調査書を送付いたしますので、ご協力お願いいたします。

特例入所申込書

下記のとおり、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ので、特例入所の申立を行います。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

被保険者番号 _____

要介護度 _____

入所申込先施設 _____

1、該当事項に□をし、具体的状況を記載してください。

- 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。
- 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る。
- 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・安心の確保が困難である。
- 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。

(具体的状況)

.....
.....
.....
.....

2、担当の介護支援専門員意見

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

※「特例入所申込書」の書き方は裏面参照

※「特例入所申込書」の書き方

- ①要介護認定が1又は2の人が入所をする場合にのみ記入してください。
- ②入所申込書を施設へ提出する際に一緒に提出してください。
- ③「1、該当事項に□をし、具体的状況を記載してください。」
 - 4つの「□」のうち、該当するものに☑をしてください。
 - (具体的状況)は、特例入所の要件に該当しているかどうか、よくわかるように詳しく記入してください。
 - 表面に書き切れない場合は、裏面又は別紙に記入してください。
- ④「2、担当の介護支援専門員意見」
 - 担当の介護支援専門員(ケアマネ)の方に特例入所の要件に該当するかどうかの意見を記入してもらってください。
 - 表面に書き切れない場合は、裏面又は別紙に記入してください。

(具体的状況)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1、担当の介護支援専門員意見

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....