

(記入例)

申込日

〇〇年 〇月〇日

社会福祉法人大樹会 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）入所申込書

申請者（入所希望者の代理人）

フリガナ	マルコ タロウ	性別	入所希望者との関係（続柄）
氏名	丸子 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	長男
現住所	〒386-〇〇〇〇 上田市中丸子〇〇〇-〇	電話番号	0268-〇〇-〇〇〇〇
		携帯電話	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

申込先施設（申込みを希望する施設を選択し、○印をしてください。）

<input type="radio"/> ラポートあおき（青木村）	<input type="radio"/> ベルポートまるこ東（上田市中丸子）
------------------------------------	---

入所希望者（本人）の状況

フリガナ	マルコ ハナミ	性別	生年月日
氏名	丸子 花美	男 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 女	M・T・S〇〇年〇〇月〇〇日生（87歳）
現住所	〒-〇〇〇〇 上田市中丸子〇〇〇-〇	電話番号	0268-〇〇-〇〇〇〇
介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 6 5 4 3 2 1	保険者名 (市町村)	上田市
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 checked="" type="checkbox"/> 要介護5 認定期間 H〇〇年 〇月 〇日 ~ H〇〇年 〇月 〇日		
介護保険負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割		
担当の居宅介護 支援事業所等	事業所の名称 居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇	担当者名 福祉 広子	
現況	<input type="checkbox"/> 在宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 在宅で家族と暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設・療養型施設や病院へ入所（入院）中 施設名または病院名〔 老人保健施設 〇〇荘 〕 入所（入院）時期〔 H〇〇年 〇月 ~ 〕		
過去の入所・ 入院状況 (最近の状況)	名称 △ <input type="checkbox"/> 病院 (種類： 病院)	H〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日 理由(脳梗塞)	
	名称 △ <input type="checkbox"/> 病院 (種類： 病院)	H〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日 理由(右大腿骨頸部骨折)	
入所を希望する 理由 (該当する事項をチ ェックし、詳細は「※ 入所判定にあたって 特に配慮して欲しい 事項に記入してくだ さい。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため（独居） <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯のため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が障がい、疾病等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が複数の要介護者を抱えており、十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労、又は育児等をしており、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 現在入院（入所）している病院、老健等から退院（退所）を求められており、在宅生活 が困難なため〔 H〇〇年 〇月 〇日頃退院（退所）予定 〕 <input type="checkbox"/> その他詳細 ()		

既往歴 (新しい順に)	現在治療中の病名	高血圧	
	H〇〇年 〇月頃	脳梗塞	
	H〇〇年 〇頃	右大腿骨頸部骨折	
	年 月頃		
	年 月頃		
	その他特記事項		
医療の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔) <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他()		
身体的状況	麻痺の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 部位() <input type="checkbox"/> 無	
	歩行状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・押し車 <input type="checkbox"/> 車イス自走 <input checked="" type="checkbox"/> 車イス自走不可	
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 箸 <input checked="" type="checkbox"/> スプーン	
	排泄(日中)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿便意はあるが、行為は介助 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ	
	排泄(夜間)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿便意はあるが、行為は介助 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	
	理解力	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	
	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ※有の場合は「認知症高齢者の日常生活自立度」記入	
介護上困っている認知症状	言ったことを忘れてしまい、意思疎通が困難な時がある。昼夜逆転もある。幻覚・妄想があり、時々大きい声で人を呼ぶ。		
居宅サービスの 利用状況 (ご利用の場合、該当 する事項をチェック し、利用回数を記入し てください。)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (利用回数：週 回程度利用)		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (利用回数：週 回程度利用)		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (利用回数：週 回程度利用)		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (利用回数：週 回程度利用)		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (利用数： 点)		
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (利用回数：週 回程度利用)		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (利用回数：週 回程度利用)		
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (利用日数：月 日程度利用)		
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (利用日数：月 日程度利用)		
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 (利用開始： 年 月頃から利用)		
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 [訪問] (利用日数：週 日程度利用) [通所] (利用日数：週 日程度利用) [宿泊] (利用日数：週 日程度利用)		
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (利用開始： 年 月頃から利用)		
	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護・看護 (利用回数：週 回程度利用)		
<input type="checkbox"/> その他()			

	チェック欄	ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
認知症高齢者の日常生活自立度 (認知症が有の場合、いずれかを選択してチェック欄に○印を記入してください。)		I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。基本的には在宅で自立した生活が可能なレベル。	軽度の物忘れはあるが、火の不始末や薬の飲み忘れは見られず、家族や支援をする人がいれば日常で困る事はほとんどない状態。
		II a	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家庭外で多少見られても、誰もが注意していれば自立できる状態。	たびたび道に迷うか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等。
		II b	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家庭内で多少見られるようになるが、誰かが注意していれば自立できる状態。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等。
	✓	III a	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主に日中を中心に見られ、介護を必要とする状態。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔更衣、性的異常行動等。
		III b	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夜間にも見られるようになり、介護を必要とする状態。	ランクIII aに同じ。
		IV	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、常に介護を必要とする状態。	ランクIII aに同じ。
		M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。

説明確認及び同意欄	社会福祉法人大樹会理事長 宛
	私は、入所申込みの際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について施設の担当者から説明を受けるとともに、社会福祉法人大樹会の特別養護老人ホームが入所を検討するにあたり、各市町村・居宅介護支援事業者及び他の介護保険事業所・医療機関から入所検討に必要な個人情報及び家族の情報を得ることに同意します。
	平成〇〇年 〇月 〇日
	入所希望者 住所 <u>上田市中丸子〇〇〇一〇</u> 氏名 <u>丸子 花美</u> ㊞
ご 家 族 住所 <u>上田市中丸子〇〇〇一〇</u> 氏名 <u>丸子 太郎</u> ㊞	
(なお、個人情報については、入所検討に付帯する業務の範囲内で利用されます。)	