

(注) 該当する方をチェックしてください

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

<input type="checkbox"/>	入所申込
<input type="checkbox"/>	変更届出

特別養護老人ホーム入所申込（変更届出）書

特別養護老人ホーム _____ 施設長 様

私は、次のとおり現在の私および私の介護者の状況に関する情報を付して、貴施設に入所申込（変更届出）を行います。

入所申込者（本人）の状況

				特 例	(*1)																				
フリガナ		性別	要介護度	1・2	3・4・5																				
氏 名	印	男・女	有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで																					
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		保険者名 (市町名)																						
現住所	〒 _____ 住 所 _____ 電話番号 () _____ ファックス番号 () _____ 携帯電話番号 (本人・家族) () _____ メールアドレス (本人・家族) _____																								
本人の状況 (該当する項目 をすべてチェックしてください)	<input type="checkbox"/> ア 認知症のため常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> イ 過去3カ月以内に何らかの在宅サービスを利用したことがある <input type="checkbox"/> ウ 医療サービス等介護保険外のサービス（医療保険のリハビリテーション等）を利用したことがある。（利用した内容を記載してください） {																								
	<input type="checkbox"/> エ 施設や病院に入所（入院）中 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>入所（入院）期間</th> <th>種 別</th> <th>施 設（病 院）名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月～ 現 在</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 複数の施設等を連続して利用している場合は、新しい順から記入してください。 種別：特養、老健、療養型、病院、軽費、養護、グループホーム、有料、サ高住、障害施設等</p> <input type="checkbox"/> オ 3カ月以上入院したため、貴施設を退所（契約解除）になった <input type="checkbox"/> カ 胃ろう、人工肛門、カテーテル、在宅酸素、インシュリン注射、たんの吸引、褥そうの処置、その他 () の医療的ケアを要する <input type="checkbox"/> キ 障害者手帳等の交付を受けている (*2) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>手帳の種類 _____ (障害名： _____)</td> </tr> <tr> <td>(判定 _____ 級(度) ・ _____ 年 月 日認定)</td> </tr> </table>						入所（入院）期間	種 別	施 設（病 院）名	年 月～ 現 在			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			手帳の種類 _____ (障害名： _____)
入所（入院）期間	種 別	施 設（病 院）名																							
年 月～ 現 在																									
年 月～ 年 月																									
年 月～ 年 月																									
年 月～ 年 月																									
年 月～ 年 月																									
手帳の種類 _____ (障害名： _____)																									
(判定 _____ 級(度) ・ _____ 年 月 日認定)																									

【添付書類】

- ①要介護1または2の方は、別記様式「特列入所申込理由書」を添付してください。（*1）
- ②「介護保険被保険者証」の写し
- ③イに該当する場合は、過去3カ月間の「サービス利用票」および「サービス利用票別表」の写し
- ④キに該当する場合は、障害者手帳等の写し（*2）

介護者の状況（施設等入所中の場合は、在宅に戻ったとした場合に予想される状況を記入）

該当する項目をすべてチェックしてください。

- ア 介護者がいない（独り暮らし）
 - イ 独り暮らしではあるが、介護者がいる。
 - ウ 本人を含む家族全員が65歳以上の世帯（高齢者世帯）
 - エ 介護者はいるが、疾病、傷病、認知症、障害、複数介護、育児、就労、家族が病気、介護放棄等の介護困難事情のため十分な介護ができない
- イ～エに該当する場合の記入欄

主	氏名	年齢	本人との関係	介護困難事情	同居別居	別居の場合の住所

- (注) 1 すべての介護者・すべての世帯構成員について記入してください。
 2 介護困難事情の欄は、具体的に記入してください。
 3 主の欄は、主たる介護者について○を記入してください。

主たる介護者の意見

介護上の悩みや困っていることなどを記入してください。

- 常時の介護や見守りが必要である。
- 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。
- 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活を通じ、介助が必要である。
- 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。
- 近くに在宅サービス事業者がなく、その利用が困難。
- 介護疲れがひどい。 慣れた人でも意思疎通は困難。

その他

- ()
- ()
- ()

同意書（本人）

介護保険サービスの円滑な運営を支援するため、滋賀県または県内市町から要請があった場合または入所決定に関して保険者へ報告および意見を求める必要がある場合は、当施設が保有する入所申込に関する情報を提供することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

代行者（本人に代わってこの申込（届出）書を記入された場合は、次の欄を記入してください。）

氏名	印	本人との関係
住所	〒	
電話番号	()	ファックス番号 ()
携帯電話番号	()	メールアドレス

注1 氏名を記入する欄は全て自署（サイン）または記名押印をしてください。

注2 この申込書の提出後に介護者の状況や本人の状況などに変更が生じた場合、要介護認定を更新した場合、要介護認定区分が変更となった場合には、変更届出書を提出する必要があります。ただし、要介護認定の更新時の場合、要介護度その他申込書に記入した事項に変更がない場合は、更新後の介護保険被保険者証の写しの提出をもって変更届にかえることができます。これらの提出が無い場合は、施設が確認の上、辞退されたものとみなすことがあります。

別紙

担当ケアマネジャー等の意見書

記入者氏名	印	職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ）
事業所名		電話番号	（ ）

※ 特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。

入所申込者氏名		記入日	年 月 日
【本人の日常生活自立度の状況】 (認知症高齢者の日常生活自立度) (日常生活自立度)	(該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
<p>【本人の心身の状況】</p> <p><input type="checkbox"/>常時の介護や見守りが必要である。</p> <p><input type="checkbox"/>認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。</p> <p><input type="checkbox"/>寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活を通じ、介助が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/>ほとんど自立による日常生活が可能である。</p> <p>〔その他特記事項〕</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>			
<p>【介護者の状況】</p> <p><input type="checkbox"/>介護者が全くいない。</p> <p><input type="checkbox"/>介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。</p> <p><input type="checkbox"/>介護者はいるが、十分な介護が困難（高齢、疾病、傷病、認知症、障害、就労） （その他 ）</p> <p><input type="checkbox"/>介護者が遠隔地にいる。</p> <p><input type="checkbox"/>介護者が近隣にいる。</p> <p><input type="checkbox"/>同居の介護者がいる。（ 人）</p> <p>〔その他特記事項〕</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>			
<p>【在宅生活継続の可能性】</p> <p><input type="checkbox"/>極めて困難</p> <p><input type="checkbox"/>在宅生活への復帰が困難である。（施設等へ入所している場合）</p> <p><input type="checkbox"/>在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。</p> <p><input type="checkbox"/>在宅サービスの利用により、在宅生活の継続が期待できる。</p> <p>〔その他特記事項〕</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>			

【在宅生活に支障のある状況】

- 近くに在宅サービス事業者がなく、その利用が困難。
- 十分なケア（ナイトケア等）が受けられない。
- 病院等の入所者で帰る家がない。

〔その他特記事項〕

【家族の負担感】

- 介護疲れがひどい。
- ほとんどかかわっていない。
- 在宅サービスを利用しているが、介護疲れがある。

〔その他特記事項〕

【意思疎通】

- 慣れた人でも意思疎通は困難。
- 家族など慣れた人なら問題はない。
- 特に問題はない。

〔その他特記事項〕

【入所について】

- 拒否傾向
- 意思確認が困難
- 希望していないが、同意している。
- 同意している。
- 強く望んでいる。

〔その他特記事項〕

【その他記載欄】

特列入所申込理由書

入所申込者氏名 _____

要介護1または2の方で、次の①から④のいずれかの要件に該当するため、特列入所申込をされる場合は、その具体的な状態をできるだけ詳しく記載してください。

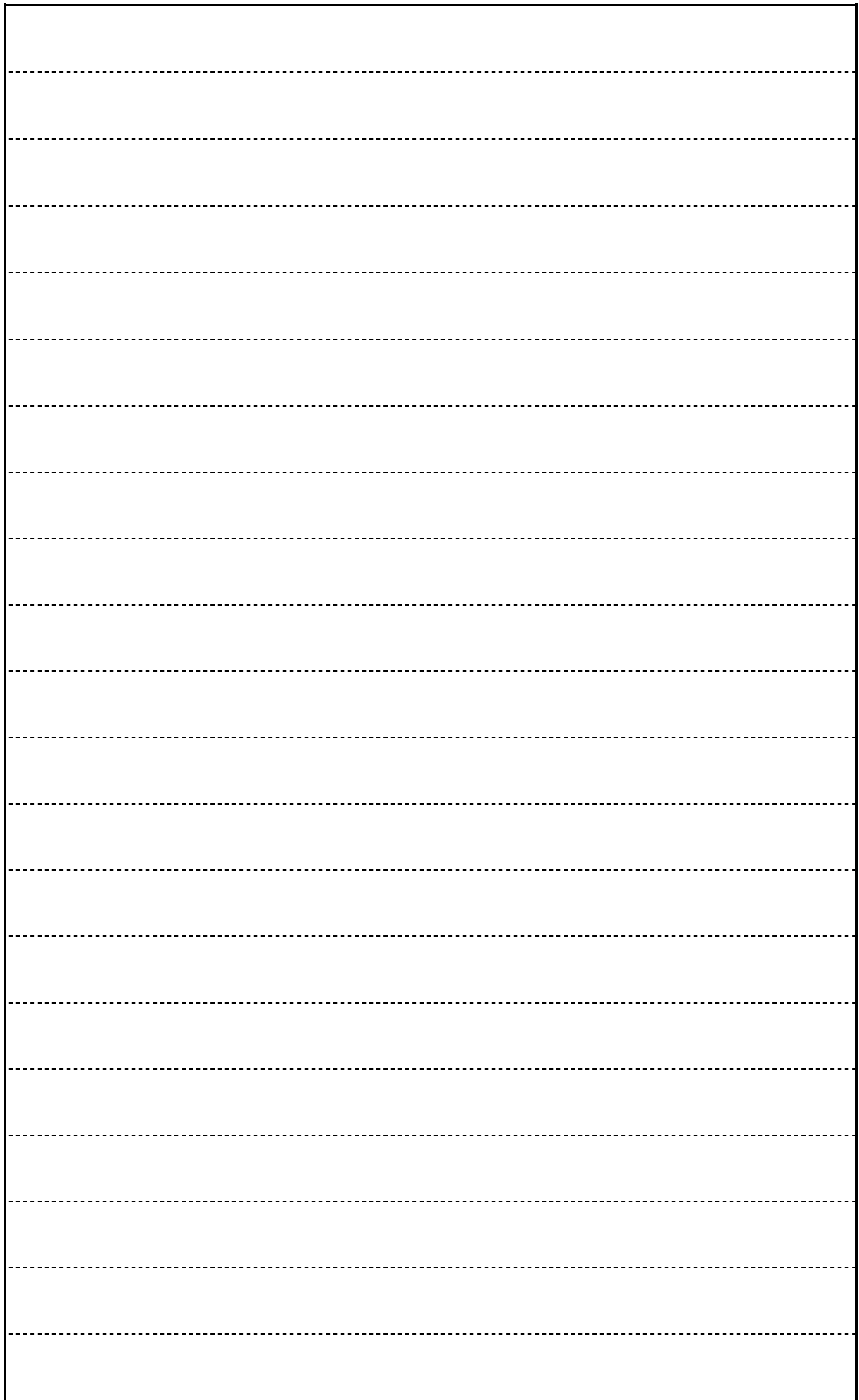
【特列入所の要件】

- ① 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、在宅生活が困難な状態である。
- ② 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等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態である。
- ③ 家族等による虐待があるもしくは虐待の可能性があり、在宅サービス等を利用して生活環境の改善の見込みが立たず、在宅生活が困難な状態である。
- ④ 単身世帯であるもしくは同居家族が高齢また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サービスが十分に提供されないことにより、在宅生活が困難な状態である。

〔記入にあたっての留意事項〕

- 1 要件①②の場合は、日常生活に支障を来すような症状・行動の具体的な状態（異食、徘徊、大声をあげる、不潔行為、妄想等）やその頻度（日中が中心、夜間が中心、常時等）、意思疎通の状況等を記載してください。
- 2 要件②の場合は、知的障害・精神障害等を伴うことを証する書類（療育手帳や精神障害者保健福祉手帳の写し、医師の診断書等）を添付してください。
- 3 要件③の場合は、虐待の内容や程度、申込者の健康状態、在宅サービス等の利用状況、介護者の心身の状態等を記載してください。
- 4 要件④の場合は、家族等による支援が期待できない具体的な状況や、地域での介護サービスや生活支援サービスが十分に提供されない状況（近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難、ナイトケア等が受けられない等）等を記載してください。

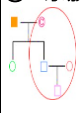
【具体的な状態】



特別養護老人ホーム ぼぶら 入居申込者調査票

記入日:平成 年 月 日 記入者:

入居を希望する方の現在の状況について、直接記入及び○又は()内に補足等を分かる範囲でご記入下さい。

① 氏名		② 性別 男 ・ 女		③ 生年月日 大正 ・ 昭和 年 月 日(歳)	
④ 現在生活している場所 在宅 ・ 施設 (施設・病院名 :)					
⑤ ケアマネージャー または 相談員 氏名		事業所名		(TEL:)	
⑥ 申込状況 <input type="checkbox"/> 当施設のみ申込 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる—他の施設名()					
⑦ 緊急連絡先1(氏名)		(続柄)		(電話)	
(住所)		(携帯電話)			
緊急連絡先2(氏名)		(続柄)		(電話)	
(住所)		(携帯電話)			
⑧ 家族(図表) 	氏 名	年 齢	続 柄	世 帯	就 労 等 状 況
				同・別居	
				同・別居	
				同・別居	
⑨ 体型 (H 年 / 現在) 身長		cm	体重	kg	⑩ 医療処置(胃ろう等) 無 ・ 有 ()
⑪ かかりつけ医 診療科					
⑫ 定期受診 無 ・ 有 (病院名		病気名)			
⑬ 医師の指示・注意事項等 【水分制限】 無 ・ 有 【塩分制限】 無 ・ 有					
無 ・ 有 ()					
⑭ 病名・発症時期・病院名					
⑮ 薬(薬名・時間・数量) 別紙又はお薬手帳等のコピー可 【避けるべき薬剤】 無 ・ 有 (薬剤名—)					
⑯ 褥瘡・床ずれ 無 ・ 有 (部位: 大きさ:)					
⑰ 生活歴 出身地等⇒					
⑱ 他者との交流 (積極的 ・ 普通 ・ 消極的) 娯楽・楽しみ ()					
他者との交流で配慮が必要なこと:					
⑲ 視力 (見える ・ やや見にくい ・ 見にくい ・ 全く見えない)			⑳ 聴力 (聞こえる ・ やや聞こえにくい ・ 聞こえにくい ・ 全く聞こえない)		
㉑ 言葉 (話せる ・ やや話にくい ・ 話にくい ・ 話せない) ㉒ 義歯 (未使用 ・ 上 ・ 下 ・ 自歯)					
㉓ 睡眠 (良眠 ・ ほぼ良眠 ・ あまり眠れない ・ 昼夜逆転)					
㉔ 立ち方 (自立 ・ 見守り ・ 少し介助が必要 ・ 全介助)			㉕ 麻痺 無 ・ 有 ()		
㉖ 移動 (自立 ・ 杖 ・ 手引き歩行 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子[介助用 ・ 自走用] ・ リクライニング車椅子)					
伝えておきたいこと(例:いろいろな所へ動いて回る等)					
㉗ 入浴 (一般浴 ・ リフト浴 ・ 特浴 ・ シャワー浴 ・ 清拭のみ)			気を付ける事等:		
㉘ 食事 (自立 ・ 見守り ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助)		方法 (箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 手)			
形態 (主食 : ご飯 ・ おにぎり ・ 軟飯 ・ お粥 ・ ミキサー		副食 : 普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー)			
飲み込み(むせない ・ 時々むせる ・ よくむせる)		食量 (少ない ・ 普通 ・ 多い)			
アレルギー 無 ・ 有(食材—)		気を付ける事等:			
㉙ 排泄(日中) トイレ ・ ポータブルトイレ ・ ベッド上でのおむつ交換			介助方法: 自立 ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助		
(夜間) トイレ ・ ポータブルトイレ ・ ベッド上でのおむつ交換			介助方法: 自立 ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助		
気を付ける事等:					
㉚ その他 伝えておきたいことなど					