デイサービスセンター　なごみの郷

**通　　所　　介　　護　　申　　込　　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 込 日 |  年 月 日 | 受 付 日 |  年 月 日 |
|  | 受付時刻 |  午前・午後 時 分 |

 　　　　　　　　　　　　　施設長　　殿

申込者（連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
|  住　　所 |  〒  |
|
|
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏　　名 |  |  |
|  電話番号 |  　　　（　　　） |

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入 所 希 望 者 の 状 況 | (フリガナ) |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　　名 |  | 住民登録 |  市・区・町・村 |
| 現住所 | 〒  電話　  |
| 生年月日 |  明・大・昭 年 月 日( 歳) |
| 健康保険 | 種　　　　別 |  | 記号・番号 |  |
| 年 金 等 | 種　　　　別 |  |
| 障害手帳等 |  □ 有　□ 無手帳の種類　 （障害名　 ）(判　定 級(度) 年 月 日) |
| 介護保険 | 被保険者番号 |  |
| 要介護認定 | □ 要介護１ □ 要介護２ □ 要介護３ □ 要介護４ □ 要介護５ |
| (認定期間) 年 月 日～ 年 月 日 |
| 現在利用している施設サービス等 | □　介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している□　養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している□　自宅で暮らしている(施設に入所(入居・入院している場合)) |
|  | 施設名又は病院名(所　　在　　地) |   市・区・町・村 |  |
| 入所又は入院期間 |  年 月 日～ |
|  |
| 　施設が保管する入所申込に関する情報については、県や市町村から状況把握の為に提示を求められることに同意します。利用者氏名　　　　　　　　　　印　申込者氏名　　　　　　　　　　印　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入 所 希 望 者 の 状 況 | 現在利用している居宅サービス＊１ 該当するものをすべて選んでください。＊２　〔　〕内に事業者名を記入してください。 | □　訪問介護 （月に 回程度）〔 〕□ 訪問入浴介護 （月に 回程度）〔 〕□ 訪問看護 （月に 回程度）〔 〕□ 訪問リハビリテーション （月に 回程度）〔 〕□ 居宅療養管理指導 （月に 回程度）〔 〕□ 通所介護 （月に 回程度）〔 〕□ 通所リハビリテーション （月に 回程度）〔 〕□　短期入所生活介護 （月に 回程度）〔 〕□　短期入所療養介護 （月に 回程度）〔 〕□　夜間対応型訪問介護　　　 （月に 回程度）〔 〕□　認知症対応型通所介護　　 (月に 回程度）〔 〕□　小規模多機能型住宅介護　 （月に 回程度）〔 〕□　福祉用具の貸与・購入費支給□　住宅改修費の支給□　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 身体の状況 | 食　事摂　取 | □ 自 立　□　見守り（むせる・むせない）　□ 一部介助 □ 全部介助(食事の種類)　(主食) □常食　　□半粥　　□全粥　　□ミキサー(副食) □常食　　□刻み 　□ミキサー |
| 口　腔ケ　ア | □　自　　立　　□　一部介助　　□　全部介助 |
| 義　歯 | □有り（上・下・部分）　　□なし |
| 排　泄 | □　自　　立　　□　一部介助　 　□　全部介助 (おむつの使用)　□なし　　□昼夜　　□夜のみ（排泄の拒絶）□有　□無 |
| 入　浴 |  □　自　　立　　□　一部介助　　□　全部介助 |
| 更　衣 |  □　自　　立　　□　見 守 り　　□　一部介助　　□　全部介助 |
| 移　動 |  □　自　　立　　□　見 守 り　　□　一部介助　　□　全部介助 (歩　行)　 □つかまり歩き　□杖使用　 □車いす　 □寝たきり |
| 視　力 |  □　普通　 □　やや悪い □　人の動きがわかる程度　□　ほとんど見えない |
| 眼　鏡 | □有り 　　□なし |
| 聴　力 |  □　普通　 □　やや悪い □ 大声が聞き取れる 　　□ほとんど聞こえない |
| 言　語 |  □　普通　 □　聞き取りにくい　□　聞き取れない |
| 補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。 |
| 認知症・精神上の症状 | □　何らかの痴呆を有するが、日常生活はほぼ自立している□　日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる□　日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする□　日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする□　著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入 所 希 望 者 の 状 況 | 医療的処置＊ 該当するものをすべて選んでください。 | □ カテーテル　　　　　　□ ストマ(人工肛門)　　　□ 経管栄養（鼻腔・胃ろう）□ 酸素療法　　　　　　　□ インシュリン注射　　　□ 疼痛看護□ その他（ ）(現在治療中の病気) |
|  | 病　　　名 | 入院・通院病院 | 期　　　間 |  |
|  |  |  年 月～ |
|  |  |  年 月～ |
|  |  |  年 月～ |
|  | 内　 服　 薬 |  |  |
|  | 感　 染　 症 |  |  |
|  (既往症) |
|  | 病　　　名 | 入院・通院病院 | 期　　　間 |  |
|  |  |  年 月～ 年 月 |
|  |  |  年 月～ 年 月 |
|  |  |  年 月～ 年 月 |
|  |
| 入所希望者の意向（入所希望者が申し込んでいる場合を除く） | □　入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している□　入所希望者は在宅での生活を希望している□　入所希望者の意向は確認していない又は確認できない□　その他( ) |
| 家 族 や 住 居 等 の 状 況 | 入所を希望する理由＊ 該当するものをすべて選んでください。 | □　身寄りがないなど介護する者がいない□　介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない□　介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難□　介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難□　介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難□　介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難□　介護する者の身体的・精神的負担が大きい |
| □　車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難□　住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 |
| □　介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難□　当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難□　その他 |
|  主な介護者 | (フリガナ) |  |  性　　別 | 年齢／生年月日 |  　( 歳) |
| 氏　　　名 |  |  男 ・ 女 |  明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 同居の区分 |  □同居 □別居　住所 〒 電話 ( ) |
|
| 入所希望者との関係 |  □配偶者　□子　□子の配偶者　□兄弟姉妹　□その他( ) |
| 他の介護者 |  □配偶者　□子　□子の配偶者　□兄弟姉妹　□いない |
| 意　　　見 |  (介護をしている上で特に困っていること) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| そ の 他 | 入所を希望する時期 | □　今すぐ入所したい□　半年くらい先には入所したい□　１年くらい先には入所したい□　将来的に必要になったときに入所したい |
|
| 他施設の申込み状況 | □　当該施設にのみ申し込んでいる□　他の施設にも申し込んでいる(他の施設名)   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当ケアマネジャー | 氏　　名 |  |  連　絡　先 |  電話　 ( ) |
| 事業所名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 備　　　　　考 | 本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| お　ね　が　い | 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 説明確認欄 | 私は、入所申込みに際し、入所申込み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。 （本人との続柄） 年 月 日 氏　　名　 （ ） |
|
|