

# 地域密着型特別養護老人ホーム 愛遊夢 入所申込書

入 所 を 希 望 す る 者	フリガナ		保険者名	
	氏 名		被保険者番号	
	生年月日	大・昭 年 月 日 ( 歳)	性別	男 ・ 女
	現 住 所	〒 - 電話番号		
	認 定 状 況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) <認定有効期間> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (令和 年 月 日 申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (令和 年 月 日 申請)		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族がない (一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる			
入所を希望する理由  [ 該当するものすべて 選んでください ]	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
地域密着型特別養護老人ホーム 愛遊夢 施設長 殿  貴施設に入所を希望するため、申し込みます。  貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込の状況等を確認することに同意します。  令和 年 月 日  (申込者) 住 所  氏 名 印 (続柄)				

提出者 (連絡先)

氏名：	続柄：	電話番号：
〒 - 住所：		

※ 太枠の中をすべて記入してください (不明な点は、施設にご相談ください)

※ 口欄は、該当するものに×を記入してください

## 介護者・家族等の状況

家 族 構 成	氏名	続柄	入所申込者と	住所	電話番号
			同居・別居		
主 た る 介 護 者	フリガナ		年齢	本人との関係	
	氏名		歳		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病（具体的に） [ ] <input type="checkbox"/> 健康			
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所申込者以外の人の看病等があり、介護困難な状態である [ ] <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である [ ] <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である			
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中			
	介護歴	年 月頃から介護している（期間；約 年）			
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり（氏名： 続柄： ） <input type="checkbox"/> 常時あり（氏名； 続柄： ）			
	意見	（食事や排泄のこと、その他介護をしている上でこまっていることなど）			

## 入所申込者の状況

サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている ・施設名又は医療機関名： ・入所又は入院時期：令和      年      月入所（入院）している ・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか（ いる ・ いない ）
本人の意思	<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービスおよび短期入所)を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護（ <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2日以下） <input type="checkbox"/> 訪問看護（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 訪問リハ（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 通所介護（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 通所リハ（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4～6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下） <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（最近3カ月の利用数      日） <input type="checkbox"/> 短期入所両用介護（最近3カ月の利用数      日） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（      ）
本人の意思	<input type="checkbox"/> 施設に入所することを理解していますか <input type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 話しているが理解が難しい <input type="checkbox"/> 本人はあまり気が進まない <input type="checkbox"/> 本人は拒否している <input type="checkbox"/> まだ話していない
認知症による周辺症状	<input type="checkbox"/> 認知症などによる症状（頻繁にみられるもの）がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない <input type="checkbox"/> 徘徊（室内を含む） <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不潔行為（排泄物をいじるなど） <input type="checkbox"/> 妄想（物を盗られたなど） <input type="checkbox"/> 介護拒否（入浴、着替えなど） <input type="checkbox"/> 不穏（イライラなど） <input type="checkbox"/> 幻覚（現実にはない物が見える） <input type="checkbox"/> 抑うつ状態（ふさぎこんでいる） <input type="checkbox"/> 異食（食べ物以外を口に作る） <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> その他（      ）
認知症などの状況	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 (具体的に) [      ]

