特別養護老人ホーム　天美苑　入所申込書

申込日	年　月　日

※特例入所の事由の有無	□有　□無

注）ご本人の心身の状況を把握している方が太線内を正確にご記入下さい。ご不明な場合はケアマネージャーなどにご相談ください。

申込者（連絡先）	フリガナ		続柄			※必ず連絡がつく連絡先をご記入ください。
	氏名	㊞				
	住所	□□□－□□□□	連絡先	自宅		
				携帯		

入所希望者本人の情報	介護保険被保険者証	介護保険者番号		※介護保険証の写しを必ず添付して下さい		
		被保険者番号				
	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日		
	〒住所	□□□－□□□□				
	要介護認定	要介護度　1・2・3・4・5	認定有効期間	平成　年　月　日		
		※更新申請中の場合（申請日：平成　年　月　日）		～　年　月　日		
	1～3の該当する番号一つに○（カッコ内は該当する項目にチェック）	現在の状況及び介護サービスの利用状況	1 施設　□ 特養　□ 老健　□ 介護療養型　□ 養護　□ 軽費 □ ケアハウス　□ グループホーム　□ 有料老人ホーム □ その他（　　） ⇒入所・入居中の施設名［　　：TEL　　］			
			2 病院　（入院となった理由：　　：H　年　月から） ⇒入院中の病院名　［　　：TEL　　］			
			3 在宅　□ 訪問介護（週　□ 4回以上　□ 2～3回　□ 1回）（ホームヘルパー） □ 訪問看護／訪問リハビリ（週　□ 2回以上　□ 1回） □ 通所介護／通所リハビリ（週　□ 2回以上　□ 1回）（デイサービス／デイケア） □ 短期入所生活介護／療養介護（最近3ヵ月の利用日数合計　　日）（ショートステイ） □ 小規模多機能型居宅介護 □ その他（　　）	在宅サービス利用率	%	
	該当する番号に○（カッコ内は該当項目にチェック）	その他の特記事項	1 利用中の施設（病院）より退所（退院）の相談をされている			
			2 住居が介護に適さない（□狭小　□環境劣悪　□構造上介護に支障　□立ち退き）			
			3 本人が老健や病院に入所（入院）中で、退所（退院）後も在宅生活は困難である			
			《自由記入欄》			
	既に申し込んでいる、または今後申し込む予定の他の施設名		（　　）（　　）（　　） （　　）（　　）（　　）			

介護支援専門員	フリガナ			フリガナ	
	氏 名			事業所	
	連絡先	Tel		Fax	

該当する項目にチェック	食事	状態	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□経口摂取不可
		食事形態	□普通食　□刻み　□ミキサー　□その他（　　）
		嚥下	□むせない　□時々むせる　□毎回むせる　□とろみ剤の使用（□有　□無）
	排泄	状態	□自立　□誘導・一部介助　□全介助
		尿意	□ある　□時々ある　□ない
		便意	□ある　□時々ある　□ない
		下着	□綿パンツ　□オムツ　□リハビリパンツ　□パッド
		場所	□トイレ　□ポータブルトイレ　□尿器　□その他（　　）
	入浴	状態	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
		方法	□家庭の浴槽　□訪問入浴サービス　□施設一般浴　□施設機械浴
		更衣	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
		拒否	□なし　□時々ある　□強くある
	動作等	移動方法	□自立歩行　□杖歩行　□歩行器　□車椅子（自操　□可　□不可）
		立位	□安定　□支えがあれば可　□不安定　□不可
		座位	□安定　□支えがあれば可　□不安定　□不可
		寝返り	□可　□つかまれば可　□不可
		外出	□する　□まれである　□しない　□寝たきり
	身体状況等	視力	□見える　□見えにくい　□見えない（□左　□右）
		聴力	□聞こえる　□聞こえにくい　□聞こえない（□左　□右）
		言語	□話せる　□聞き取りにくい　□話せない
		意思	□疎通できる　□ある程度できる　□疎通できない
		麻痺の有無	□無　□有（□左上肢　□右上肢　□左下肢　□右下肢　□その他）
		睡眠	□普通　□眠れないことが多い　□不眠　□睡眠薬の使用（□有　□無）
該当する番号に○をつけ、カッコ内は該当項目にチェック	認知症の状態	1　無	
		2　有	□常時徘徊　□不潔行為　□異食（食物以外の物を口に入れる）　□介護抵抗 □自傷（自分を傷つける行為）　□他傷（他人を傷つける行為）　□収集癖 □大声を出す　□暴言　□昼夜逆転　□不眠　□被害妄想　□自殺願望 □その他（　　）
		※上記について具体的に記入して下さい。	

該当する番号1つに○ カッコ内は該当項目にチェック	介護者の状況	1　身寄りがなく、介護するものがいない
		2　介護する者がいない（ □ 介護者が長期入院・入所　□ 介護者が遠方に在住 ）
		3　介護する者はいるが、十分な介護力がない （ 介護者が　□ 要介護状態　□ 病気療養中　□ 障害がある ）
		4　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　□ 要支援状態・高齢　□ 就労している　□ 他にも介護している　□ 育児 ）
		5　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
		6　1～5に該当しない（介護に欠ける状態ではない）
※上記を記入し、現在の介護者（介護している世帯）の状況をご記入ください		

医療情報	情報提供者		□親族　□医師　□看護師　□ケアマネージャー　□その他（　　）
	該当する番号に○をつけ、カッコ内は該当項目にチェック	医療的処置	1　無
			2　有　□経管栄養　□胃ろう　□酸素療法　□インシュリン注射　□常時吸引 □気管切開　□褥瘡の処置　□バルーンカテーテル留置　□ストマ □その他（　　）
	既往歴		※入院していた場合はその時期もご記入ください《H　年　月～H　年　月》
	現病歴		※入院している場合は入院時期もご記入ください《H　年　月～》
	特記事項		

入所申込書受付日	年　月　日	受付番号	
施設記入欄			

特例入所の要件に該当する事由について

●該当する事由に印を付けて下さい。

- ☐ 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みられる
- ☐ 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みられる
- ☐ 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

●該当する事由の具体的内容について記入して下さい。

●備　考