

(申込有効期限 令和 6年 9月30日迄)

(特別養護老人ホーム 光の丘)

入 所 申 込 書

申込年月日	令和 年 月 日	受付者	
-------	----------	-----	--

【相談者】

フリガナ		続柄		電話番号 (自 宅)	() - ()
氏名					
住所	〒	年齢	才	電話番号 (携 帯)	- -

【入所される方】

フリガナ		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 才	性別	男 ・ 女
氏名					
住所 (住民票)	〒			電話番号	() - ()
現在の 住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 経費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()				
	年 月 頃より 入所 ・		施設名又は病院名 ()		
医療保険	種 別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(社会保険) <input type="checkbox"/> その他()			
年金等	種 別	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()			
介護保険	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請中(更新・変更)		介護保険被保険者番号	
	要介護度	<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 type="checkbox"/> 要介護5			
	認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
	介護保険負担限度額認定証	無 ・ 有	段階	1段階 ・ 2段階 ・ 3段階	
	介護保険負担割合	() 割負担			
手帳	身体障害者手帳	無 ・ 有 (級)	原爆手帳の有無	無 ・ 有	
考慮すべき 認知症	認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			
	意思の疎通	支障なし やや支障あり 支障あり			
	認知症行動・精神状態	ほぼ毎日 ・ 週1~2回程度 ・ なし			
		<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 見えないものが見える聞こえる <input type="checkbox"/> 作り話 <input type="checkbox"/> 食べ物でない物を食べる(異食) <input type="checkbox"/> 繰り返し同じ話をする <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 介護の抵抗() <input type="checkbox"/> その他()			
医療の 状況	かかりつけの病院・医院名	担当医:			
		*治療中の病名・以前に治療された病名を記入してください。感染症 有 () (例 脳梗塞) *現在の医療行為 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 吸引(回) <input type="checkbox"/> インスリン(回) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 導尿(回) <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 尿管ステント <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位) <input type="checkbox"/> その他()			
身体の 状況		<input type="checkbox"/> 麻痺(部位) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 骨折(部位) <input type="checkbox"/> その他()			
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助)			
	排泄	日中:自立 一部介助 全介助 (布パンツ リハパンツ オムツ パット) [トイレ ポ 夜間:自立 一部介助 全介助 (布パンツ リハパンツ オムツ パット) [トイレ ポ			
		<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介 誤嚥リスク: 無 ・ 有 ムセ: 無 ・ 有			

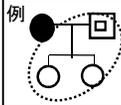
食事	主食⇒（常食・軟飯・全粥・ミキサー粥・ゼリー食・流動「 副食⇒（普通食・一口大・キザミ・ソフト・ミキサー・ゼリー その他「
睡眠	良眠・不眠（薬の使用 有・無）〔 〕

【居宅介護支援事業サービス状況】 *ケアマネへ利用票の情報提供を依頼することがあります。

居宅介護サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している *利用しているという方は下記の項目にも記入をお願いします。	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 <input type="checkbox"/> 認知対応型通所介護	
	上記合計	位 ÷ () × 10 = 位
包括単位	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	上記サービスの利用頻度	<input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下

居宅介護支援事業所名	フリガナ	連絡先
	担当者名	() -

【介護者等の状況】

介護者等の 状況	主介護者1	フリガナ		同居・別居	家族構成（詳しく記入して下さい） *本日は () ◎) *死亡は ■● *家族は () 男性は □ 例 
		氏名			
		続柄	年齢		
	住所	〒			
	主介護者2	フリガナ		同居・別居	
		氏名			
続柄		年齢	才		
住所	〒				
介護者の障害・疾病等	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能				
主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 複数介護 () <input type="checkbox"/> 育児 (才) <input type="checkbox"/> 就労				
他の家族・近隣者の介護支援	<input type="checkbox"/> 介護支援無し <input type="checkbox"/> 介護支援が随時あり <input type="checkbox"/> 介護支援が常時あり				
居住	市内外の居住状況	<input type="checkbox"/> 福岡市在住 <input type="checkbox"/> 福岡市外在住 ()			
特記事項	家族等による介護拒否	<input type="checkbox"/> 理由：			
	遠距離介護	<input type="checkbox"/> 理由：			
	長期にわたる介護	<input type="checkbox"/> 理由：			
	サービスが不十分	<input type="checkbox"/> 理由：			
	施設等からの退所	<input type="checkbox"/> 理由：			
	住環境の問題	<input type="checkbox"/> 理由：			
	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 理由：			
	在宅における医療的処置	<input type="checkbox"/> 理由：			
	特に考慮すべき認知症症状	<input type="checkbox"/> 理由：			
	地域への配慮	<input type="checkbox"/> 理由：			
その他	<input type="checkbox"/> 理由：				
	<input type="checkbox"/> 理由：				
備考					

【他施設申込状況】

施設名①		申込	予定	・	済	(申込時期	年
施設名②		申込	予定	・	済	(申込時期	年
施設名③		申込	予定	・	済	(申込時期	年
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所させたい		<input type="checkbox"/> 令和		年	月頃入所したい	

【説明確認および同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ・入所申込から契約までの必要な手続きおよび入所にあたっての注意事項について。
- ・入所申込者の入所優先順位決定方法について。
- ・入所優先順位の見直しについて。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設連絡することについて。
- ・原則、要介護3以上が入所要件であり、特段の事情が無い限り要介護1、2では入所できないこと。

次の事項について同意します。

- ・入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること。
- ・入所申込後の入所の意思確認に応じられなかった場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
- ・優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査表の内容を行政機関等に求めに応じて提供すること。
- ・上記に記入している申込済(予定)の特別養護老人ホーム間で、この申込書の内容及び調査表の内容を提供すること。

令和 年 月 日 氏名 _____

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合以下のいずれかに該当することが入所要件になりま
該当するものにチェックしてください。

- 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。
- 知的障がい・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る。
- 家族等により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。
- その他(内容を具体的に記入してください)

--

施設 記入	担当者名		職種 施設長 ・ 相談員 ・ ケアマネ ・ その他 (
	備考		