

特別養護老人ホーム優先入居申込書(その1)

| | |
|-----------|----------|
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 受付日(施設記入) | 令和 年 月 日 |

地域密着型特別養護老人ホーム
朝霞苑 施設長 殿

| | | | |
|-----|------|----|--------|
| 申込者 | 住所 | 〒 | |
| | ふりがな | | 本人との関係 |
| | 氏名 | | |
| | 電話番号 | 自宅 | 携帯 |

地域密着型特別養護老人ホーム 朝霞苑への入居について、次のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|---------------|--------------------------|---|---|--------|--|
| 本人の状況 (※1) | (ふりがな) | | 男 | 被保険者番号 | |
| | 氏名 | | 女 | 認定年月日 | 平成・令和 年 月 日 |
| | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 (歳) | | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| | 住所 | 〒 | | 介護認定期間 | 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで |
| | 電話連絡 | | | 負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 |
| | 食費・居住費の限度額 | <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階の① <input type="checkbox"/> 第3段階の② <input type="checkbox"/> 第4段階(減免非該当) | | | |
| | 現在の生活場所 | いつから : 年 月 日から <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(名称:) <input type="checkbox"/> 病院(名称:) <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 現在利用している在宅サービスの状況(※2) | <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー) <input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活・療養介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費の支給 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 認知症等による不適応行動 | <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い <input type="checkbox"/> 会話が成立しない <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 大声出し <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 行動の頻度 | <input type="checkbox"/> 毎日のようにある <input type="checkbox"/> 週に1~2回程度ある <input type="checkbox"/> 月に1回程度ある <input type="checkbox"/> なし(過去1ヶ月以上ない場合を含む) | | | |
| | 医療的処置の状況 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 病歴 | | | | |
| | 優先入居を希望する理由(※3) 複数回答可 | <input type="checkbox"/> 介護者がいないため () <input type="checkbox"/> 介護者がいるが高齢または障害や疾病の状況にあり十分な介護が困難なため () <input type="checkbox"/> 介護者がいるが複数の介護をされていて十分な介護が困難なため () <input type="checkbox"/> 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () <input type="checkbox"/> 介護者がいるが育児又は家族を看病する必要があるため、十分な介護が困難なため () <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所しているが移りたい () <input type="checkbox"/> その他の事情 () | | | |

該当する項目の□にレ点を、()内には詳細を記入してください。

(裏面に続きます)

該当する項目の□にレ点を、()内には詳細を記入してください。

| | | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|--|--------|--|
| 介 護 者 の 状 況 | 主たる 介護者 | (ふりがな) | | 性別 | 本人との関係 | |
| | | 氏名 | | 男・女 | | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日(歳) |
| | | 同居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所) | | | |
| | | 電話番号 | 自宅 | 携帯 | | |
| | 介護の可能性 | | <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 | | | |
| | 従たる 介護者 (主介護者の補佐) | (ふりがな) | | 性別 | 本人との関係 | |
| | | 氏名 | | 男・女 | | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日(歳) |
| | | 同居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所) | | | |
| 電話番号 | | 自宅 | 携帯 | | | |
| 介護の可能性 | | <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 | | | | |
| 別居している親族による介護の可能性 | | <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居している親族がない | | | | |
| 在宅で介護していた期間 | | <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満 | | | | |
| 主たる介護者の就労状況 | 主たる介護者の育児・看病の状況 | | 主たる介護者の健康状態 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 高齢・障害により就労不可 | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト (1日_____時間) | <input type="checkbox"/> 常時、育児や家族の看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日程度育児や家族の看病が必要 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度育児や家族の看病が必要 <input type="checkbox"/> 該当なし | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(状態) | | |
| | | | | 主たる介護者の家族の健康状態 | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(状態) |
| | 優先入居を希望する時期 | | <input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までには入居したい | | | |
| 申し込みの状況 | | <input type="checkbox"/> 当該施設のみを申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 施設名: | | | | |
| 待機期間 | | 年 月 (申込日: 年 月 日) | | | | |
| 他 | 居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載) | | <input type="checkbox"/> 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る <input type="checkbox"/> 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る <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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な状況である | | | |
| | 私は、優先入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受け、その内容について了承しました。 令和 年 月 日 氏名: _____ | | | | | |

※1 被保険者証(写)・負担割合証(写)・負担限度額認定証(写)・認定調査表(写)・サービス利用表(写)を添付して下さい。
 ※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。
 ※3 優先入居を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。
 ※4 当施設への申込みを辞退される場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入居申込取り下げ書」を提出してください。
 (注) 要介護度の変更など、申込み内容に変更が生じた場合は、当施設までご連絡ください。(朝霞苑Tel:048-485-8873)