

| | |
|-----------|----------|
| 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 | 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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|----------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|---|-----|--|
| 入居希望者本人の状況 | (ふりがな) | | <input type="checkbox"/> 男 | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | <input type="checkbox"/> 女 | 認定年月日 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 | 月 | 日 | (歳) | 要介護区分 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | 介護認定の有効期間 | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日から | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日まで | |
| | 電話連絡 | - - | | | 介護保険負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 | <input type="checkbox"/> 2割 | <input type="checkbox"/> 3割 | | | | | | | | |
| | 食費・居住費の負担限度額 | <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階-① <input type="checkbox"/> 第3段階-② <input type="checkbox"/> 第4段階(減免非該当) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 健康保険の種類 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー) <input type="checkbox"/> デイサービス・通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所介護(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() | | | | | | | | | | | | | | |
| | 在宅サービス利用歴 | <input type="checkbox"/> 1年以上利用していた <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 在宅介護サービスを利用したことがない | | | | | | | | | | | | | | |
| | 既往症・現病歴 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療的管理の状況 | <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認知症等の症状 | <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 作り話 <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 易怒性 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | |
| | 症状の頻度 | <input type="checkbox"/> 毎日のようにある <input type="checkbox"/> 週に2~3回程度ある <input type="checkbox"/> 月に数回程度ある <input type="checkbox"/> 直近1ヶ月以上ない | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居を希望する理由(複数回答可) | <input type="checkbox"/> 介護者(親族)はいるが、高齢のため介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者(親族)はいるが、障害や疾病の状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者(親族)はいるが、複数の者を介護をして十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者(親族)はいるが、就業しているために十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者(親族)はいるが、育児又は看病を必要とする者がおり、本人を介護できない <input type="checkbox"/> 介護者(親族)が一人もいない <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所しているが施設を移りたい <input type="checkbox"/> その他の理由 (理由:) | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏面に続きます)

| | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------|--|
| 主介護者の状況 | 主介護者の定義 | (ふりがな) | 性別 | 本人との関係 | |
| | ①入居希望者が在宅生活中の場合は、主として身の回りのお世話や各種機関との窓口を担う者。 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | |
| | | 生年月日 | □昭和 □平成 年 月 日 (歳) | | |
| | ②入居希望者が自宅以外で生活している場合(施設・病院など)は、各種手続きの契約・身元引受・緊急連絡先などの代表となる者。 | 同居区分 | □同居 〒 - □別居 (住所 | | |
| | | 電話番号 | 自宅 - - 携帯 - - | | |
| | 介護の可否 | □介護困難 □多少の介護可能 □介護可能 | | | |
| 主介護者の就労状況 | | 主介護者の育児(未就学児)・看病の状況 | | 主介護者の健康状態 | |
| □8時間以上 □4時間以上8時間未満 □4時間未満 □高齢である、または入居希望者を直接介護しているため就労できない □該当なし | | □毎日、育児や体調不良の家族を看病している □週に数回程度、育児や家族の看病が必要 □月に数回程度、育児や家族の看病が必要 □入居希望者の世帯が65歳以上の高齢者のみで構成されている(独居も同じ) □該当なし | | □良好 □不調 (状態・病名:) | |
| | | | | 複数介護の状況 | |
| | | | | □複数の親族を介護している □該当なし | |

| | | | | |
|-----------|--|----------------------|--|--------|
| 従たる介護者の状況 | <input type="checkbox"/> 従たる介護者や協力者が全くいない ←該当する場合のみ☑チェックしてください(該当する場合は下記の記入不要) | | | |
| | 従たる介護者の定義 | (ふりがな) | 性別 | 本人との関係 |
| | ①上記の主介護者以外に入居希望者をお世話する者。 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| | | 生年月日 | □昭和 □平成 年 月 日 (歳) | |
| | ②主介護者の補助的な役割を担う者、協力者。 | 同居の区分 | □同居 〒 - □別居 (住所 | |
| 電話番号 | | 自宅 - - 携帯 - - | | |
| | 介護の可否 | □介護困難 □多少の介護可能 □介護可能 | | |

| | |
|-----------------------|---|
| 上記の他、別居している親族による介護の可否 | <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全くいない |
|-----------------------|---|

| | |
|-------------|---|
| 優先入居を希望する時期 | <input type="checkbox"/> できるだけ早く入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居したい <input type="checkbox"/> 入居したい時期が定まったら施設に連絡します |
| 申し込みの状況 | <input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホームにも申し込みを行なう |

| | |
|--|--|
| 要介護区分1・2の場合に記入 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理由 | <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 |
|--|--|

| | | |
|------|---|----------------|
| 説明確認 | 私は入居申込の際、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 |
|------|---|----------------|

* 以下の写しを必ず添付してください。

- 介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額証(該当者のみ)、介護認定情報(認定調査票・主治医意見書)、服薬情報
- 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)
- 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。