

| | |
|---------|----------|
| 入所区分 | 一般 ・ 特例 |
| 入所申込日 | 令和 年 月 日 |
| 入所申込受付日 | 令和 年 月 日 |

地域密着型特別養護老人ホーム（慈晃園）入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム(慈晃園)

管理者 様

入所申込者 〒 -

住所:

氏名: 印

電話番号: - -

入所希望者との続柄 ()

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

| 入所希望者の状況 | | | | | |
|-------------------|---|---|-----------|----|-------|
| ふりがな | | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 満()歳 |
| 氏名 | | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 | 年 | 月 日 |
| 現住所 | 〒 - | | | | |
| 居住状況 | <input type="checkbox"/> 天草市に6ヵ月以上居住している <input type="checkbox"/> 天草市に居住して6ヵ月未満である | | | | |
| 現在の生活場所 | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等 【施設又は病院等】 | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 入所(院)開始年月日 | 年 月 日から | | | |
| 保険者名 | | | 被保険者番号 | | |
| 要介護度 | 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 | | | |
| | 要介護認定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| 入所希望理由 (複数選択可) | <input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他() | | | | |

| 入所希望者の状況 | |
|--------------------------------|--|
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい |
| その他入所に関して特に希望する事項 (サービス内容等) | |

| 特例入所を希望する事由 |
|---|
| <p>●居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症であり、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。</p> <p><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みられる。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>●上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p> |

| 同意書 | |
|---|-------|
| <p>今後の熊本県及び天草市における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び天草市に報告することに同意します。</p> | |
| <p>令和 年 月 日</p> | |
| 入所申込者 | 氏名: 印 |
| 入所希望者 | 氏名: 印 |

※ 被保険者証(写)を添付してください。

地域密着型特別養護老人ホーム（慈晃園）入所申込書別紙（調査票） （在宅生活者用）

| | | | |
|-----------------|----|-------------|-------|
| 入所希望者氏名 | | 記入者氏名 | 印 |
| 記入者所属・職名 (※) | 所属 | 連絡先 電話番号 | 入所希望者 |
| | 職名 | | 記入者 |

※ 居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター又は地域包括支援センターが記入した場合に記載する。

| 調査項目 | 内 容 | | | |
|--------------------|---|---|---|--|
| 入所区分 | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特例 | | | |
| 要介護度 | 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 | | |
| | 要介護認定期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | |
| 介助の状況 | 食事 | 介助の状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 | |
| | | 食事の内容 | (主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 排せつ | 介助の状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 | |
| | | 排せつの方法 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 入浴 | 介助の状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 | |
| | | 入浴の方法 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 更衣 | 介助の状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 | |
| | 体位変換 | 介助の状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 | |
| | 移動 | 介助の状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 | |
| | | 器具の使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他() | |
| 【その他介助の状況に関する特記事項】 | | | | |
| 身体の状況 | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない | | |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない | | |
| | 発語 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない | | |
| | 障害手帳等の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【障害手帳等】 | | |
| | | 手帳等の種類 | | |
| | | 障害名 | | |
| | 障害の程度(級・度) | | | |
| 【その他身体の状況に関する特記事項】 | | | | |

| 調査項目 | 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|------------|-------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療の状況 | <p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置(※)があり、常時の看護又は見守りが必要。 ※ 経管栄養、在宅酸素、胃ろう等</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。</p> <p><input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。</p> <p>【疾病又は処置がある場合のその状況】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">主な疾病名又は処置名</th> <th style="width: 50%;">治療の状況</th> <th style="width: 25%;">医療機関名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【その他疾病又は処置に関する特記事項】</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div> | 主な疾病名又は処置名 | 治療の状況 | 医療機関名 | | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | | | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | | | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | | | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | | | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | |
| 主な疾病名又は処置名 | 治療の状況 | 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症の度合 | <p><input type="checkbox"/> IV以上 <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※ 認知症の度合は、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。</p> <p>【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 調査項目 | 内容 | | |
|-------------|--|---|---|
| 生活環境 | 単身・同居の別 | <input type="checkbox"/> 一人暮らし。 <input type="checkbox"/> 家族と同居。(子の家等に同居する場合も含む。) 【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | |
| | 住居の状況 | <input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。 | |
| 介護者の状況 | <input type="checkbox"/> 介護者(※)がない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。 | | |
| | ※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 | | |
| | 【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)】 | | |
| | ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 | | |
| | 氏名 | | 入所希望者との続柄 <input type="checkbox"/> 年齢 満()歳 |
| | 同居の有無 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住) | |
| | 就労等の状況 | 週 回、1日当たり 時間、 に従事 | |
| | 疾病・障害等の状況 | <input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無 | |
| 対応状況 | <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 | | |
| 介護の負担 | <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。 | | |
| 介護者に関する特記事項 | | | |

| 調査項目 | 内容 | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------|------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--------------------------|--|
| 介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等の利用状況 | <input type="checkbox"/> 利用している。 <input type="checkbox"/> 利用していない。 | | | | | | | | | | | | | |
| | 【利用している場合の状況】 | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険の居宅サービス(※)の利用状況 | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="593 389 794 432">サービス種類</th> <th data-bbox="794 389 1453 432">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用</td> </tr> </tbody> </table> | サービス種類 | 利用頻度 | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | 全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用 | |
| | サービス種類 | 利用頻度 | | | | | | | | | | | | |
| | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | | | | | | | | | | | |
| | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | | | | | | | | | | | |
| | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | | | | | | | | | | | | |
| | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | | | | | | | | | | | | |
| 全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険以外の福祉サービス等の利用状況 | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="593 680 794 723">サービス種類</th> <th data-bbox="794 680 1453 723">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | サービス種類 | 利用頻度 | | | | | | | | | | | |
| サービス種類 | 利用頻度 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 対応状況 | <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。 | | | | | | | | | | | | | | |

