特別養護老人ホーム　プレミア草加南　入所申込書

【様式１】

申　込　日	令和　　年　　月　　日
受　付　日	令和　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム　プレミア草加南
施　設　長　　柳　澤　真　左　子　様

【申込者連絡先】

（ふりがな） 氏　　名		本人との関係	住　所	〒
自宅電話番号		携帯電話番号		

特別養護老人ホーム　プレミア草加南へ入所したいので、次のとおり申込みます。（※１）

本人の状況	（ふりがな） 氏　　名		性　別	男　・　女
			被保険者番号	
	生　年　月　日	大・昭　　年　　月　　日（　　歳）	要　介　護　度	１・２・３・４・５
	住　所	〒	介護認定期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで
	施設等に入所（入院）の場合	施設名または病院名（市外の場合は所在地）		
		入所または入院期間	約　　年　　ヶ月	
	介護開始時期	平成・令和　　年　　月　～　（　　年　　ヶ月　）		
	入所希望理由《複数回答可》（※２）	１　介護者がいないため ２　介護者がいるが高齢等の状況にあり十分な介護が困難なため ３　介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ４　介護者がいるが育児又は家族が障害や疾病の状況にあり十分な介護が困難なため ５　介護者がいるが就業しており十分な介護が困難なため ６　他入所施設よりの移動を希望 ７　その他 【具体的な理由】		
	認知症等による不適応行動（※３）	１　非常に多い　　２　やや多い　　３　少しあり　　４　なし 以下に現在の不適応行動を具体的に記載して下さい。		
	申し込みの状況	１　当施設のみ申し込む ２　他の施設へ申し込んでいる（書ききれない場合は、申込別紙自由記載欄に記入）		
		①施設名：　　待機期間　　年　　カ月		
		②施設名：　　待機期間　　年　　カ月		
		③施設名：　　待機期間　　年　　カ月		
		④施設名：　　待機期間　　年　　カ月		

特別養護老人ホーム　プレミア草加南　入所申込書

介護者の状況	主たる介護者	（ふりがな） 氏　　名		性　　別	男　・　女
				本人との関係	
		生　年　月　日	大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）		
		同居の区分	1　同居 2　別居（住所：　　） 介護の為に通っている　有・無（頻度：　　回/　日・週・月　）		
	その他の介護者	（ふりがな） 氏　　名		性　　別	男　・　女
				本人との関係	
		生　年　月　日	大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）		
		同居の区分	1　同居 2　別居（住所：　　） 介護の為に通っている　有・無（頻度：　　回/　日・週・月　）		
		介護の可能性	介護困難　・　多少介護可能　・　介護可能 介護困難な理由（　　）		
	主たる介護者の健康状態	1　良好 2　不良（　　）			
	主たる介護者の介護状況（本人以外の介護）	有　（　　人・主介護からの関係：　・　　歳・介護度　）　・　無			
	主たる介護者の育児状況	有　（　　人　　歳　）　・　無			
	主たる介護者の家族の健康状態（誰がどのように？）	1　良好 2　不良（　　）			
	主たる介護者の就労状況	有　《週　　日　　時間（　常勤　・　パート　・　自営　）》　・　無			
その他	入所を希望する時期	1　今すぐ入所したい 2　　年　　月頃までに入所したい			
	特例入所該当要件 **要介護１又は２の方は記載**	□認知・障がい等	認知症または知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られること。		
		□独居等	単身世帯、同居家族が高齢・病弱である等により家族による支援が期待できず、地域での介護サービスの供給が不十分である。		
		□虐　待	深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。		
説明確認	私は入所申込みにあたり、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について了解致しました。 添付書類※1の提供及び、本人の面接調査について同意します。 令和　　年　　月　　日　　氏名　：　　印				

※1　**認定調査票（写）、被保険者証（写）、サービス利用表・前3か月分（写）を添付して下さい。**

※2　入所希望する理由は、具体的理由を記入して下さい。

※3　「認知症による不適応行動」は認定調査票等を確認し、該当状況を変更させて頂く場合があります。

※4　申込を取り下げる場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出して下さい。

※5　申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡をお願い致します。

特別養護老人ホーム　プレミア草加南　入所申込書別紙

【様式２】　　記　入　日：令和　　年　　月　　日

入所希望者氏名：

歩　行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 不可	移　動	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他
更　衣	自立 ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助	整容動作	自立 ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助
食　事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	食事形態	主食：ご飯 ・ 全粥 ・ 粥ミキサー
食事時使用	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ その他		副菜：常食 ・ きざみ ・ ミキサー
義　歯	な　し ・ 部分義歯（上 ・ 下） ・ 総義歯（上 ・ 下）・ 管理必要		
排　泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	排便間隔	毎日 ・ 時々 ・ 便秘傾向
排泄用具(日中)	パンツ ・ 紙パンツ ・ オムツ ・ パット	排泄場所(日中)	トイレ ・ Ｐトイレ ・ 尿器 ・ オムツ
排泄用具(夜間)	パンツ ・ 紙パンツ ・ オムツ ・ パット	排泄場所(夜間)	トイレ ・ Ｐトイレ ・ 尿器 ・ オムツ
尿　意	有　・　無	便　意	有　・　無
入　浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 清拭	入浴形態	一般浴槽 ・ 椅子型浴槽 ・ 全介助型浴槽
麻　痺	なし ・ 左上肢　・　右上肢　・　左下肢　・　右下肢　・　その他		
可動域制限	なし ・ 肩関節 ・ 肘関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ 足関節 ・ その他		
視　力	支障なし（右・左） ・ 不明瞭（右・左） ・ 見えない（右・左）	眼　鏡	有 ・ 無
聴　力	支障なし（右・左） ・ 大声聞こえる（右・左） ・ 聞こえない（右・左）	補聴器	有 ・ 無
発　語	支障なし ・ 不明瞭　・不可	記　憶	年齢相応 ・ 記憶保持困難
認知症状	妄想 ・ 作話 ・ 幻聴 ・ 幻視 ・ 情緒不安 ・ 不眠 ・ 昼夜逆転 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 奇声 大声 ・ 介護拒否 ・ 徘徊 ・ 収集癖 ・ 破壊行為 ・ 不潔行為 ・ 異食 ・ 帰宅願望 その他（　　）		
医療行為	経管栄養 ・ インシュリン注射 ・ 在宅酸素療法 ・ バルーンカテーテル ・ ストマ ・ 人工透析 気管切開 ・ 毎日の吸引 ・ 中心静脈栄養 ・ 褥瘡（部位：　　） その他（　　）		
病歴（発症日）			
かかりつけ医	病院名：　　医師名：		
障害者手帳	有 ・ 無		
収入状況	年額（概算）　　円	生活保護（※1）	有 ・ 無
	収入内容（　　）		

上記の他、特別な状況、事情、ご希望等あればご自由にご記入下さい。

上記に本人の状況を記載の上、入所申込書と併せて御提出下さい。

※1　生活保護受給者の方は、当施設への入所はできません。