

地域密着型特別養護老人ホーム 財田の杜 入居申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

|     |  |
|-----|--|
| 申込日 |  |
| 受付日 |  |

|    |   |     |
|----|---|-----|
| 〒  | ： | —   |
| 住所 | ： |     |
| 氏名 | ： | 続柄  |
| 電話 | ： | ( ) |

特別養護老人ホームに入居したいので次のとおり申し込みます。

|   |  |   |             |                            |       |
|---|--|---|-------------|----------------------------|-------|
| 申し込み先<br>(入居希望施設)   |  | 地域密着型特別養護老人ホーム財田の杜  |             | 介護保険者                      |       |
| 入居希望者の<br>状況  | (フリガナ)   |   | 性別          | 被保険者番号                     |       |
|   | 氏名   |   |             | 要介護度                       |       |
|   | 生年月日   | ( ) 歳   | 要介護<br>認定期間 | 平成 年 月 日 から<br>平成 年 月 日 まで |       |
|   | 現住所  | 〒 —   |             |                            |       |
|   | 現況   | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている<br>「施設や病院等に入っている方」は記入してください<br>◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____<br>◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している   |             |                            |       |
|   | 介護者等の状況  | <input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居<br><input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない<br><input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)<br><input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者で済(介護者はいない)<br><input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)<br><input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない) |             |                            |       |
| 生活・経済状況   | 待機状況   | <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間<br><input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヵ月未満 <input type="checkbox"/> オ. 自宅等   |             |                            |       |
|   | 在宅サービス利用率  | <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満<br><input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上  |             |                            |       |
|   | 在宅サービス利用状況   | <input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまサービスを利用している<br><input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している   |             |                            |       |
|   | 課税状況   | <input type="checkbox"/> ア. 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> イ. 市町村民税非課税世帯  |             |                            |       |
|   | 所得の状況  | 【現在、支給されている年金等にあてはまるもの全てにチェックを付けてください】<br><input type="checkbox"/> ア. 国民年金 <input type="checkbox"/> イ. 厚生年金 <input type="checkbox"/> ウ. 障害年金 <input type="checkbox"/> エ. 遺族年金 <input type="checkbox"/> オ. その他   |             |                            |       |
|   | 所得の区分  | <input type="checkbox"/> ア. 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以上 <input type="checkbox"/> 【参考】 障害年金・遺族年金は非課税年金となり、課税年金収入額には含まれません。<br><input type="checkbox"/> イ. 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円未満<br><input type="checkbox"/> ウ. 老齢福祉年金受給者若しくは生活保護受給者  |             |                            |       |
| 入居希望時期  | <input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃までに入居したい   |   |             |                            |       |
| 医療の状況   | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他( )<br>【現在治療中の病気・認知症の診断・特記事項等】<br><br>※身体障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り( 種 級:病名 ) |   |             |                            |       |
| 申込状況  | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定<br>◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( )<br>◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( )  |   |             |                            |       |
| 主たる介護者  | (フリガナ)   |   | 性別          | 本人との関係                     |       |
|   | 氏名   |   |             | 生年月日                       | 年 月 日 |
|   | 同居の区分  | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)   |             |                            |       |
| 紹介事業所<br>(又は支援センター名)                                      |  | 電話番号 _____ 担当 _____   |             |                            |       |
| 私は、事業者が保険者や居宅介護支援事業者等から必要な情報提供を受け、入居判定会議等において用いることに同意します。 |  |   |             |                            |       |
| ・利用者氏名 _____ 印 _____                                      |  | ・代理人氏名 _____ 印 _____  |             |                            |       |

※裏面をご記入ください

①精神症状・行動障害の状況について、以下の項目であてはまるものにチェックを付けてください。

|                            |                                   |                                 |                              |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1. 物を盗られたなどと被害的になることが      | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 2. 作話をする事が                 | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 4. 昼夜の逆転は                  | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 5. しつこく同じ話をする事が            | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 6. 大声を出すことが                | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 7. 介護に抵抗する事が               | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 8. 「家に帰る」などと言い、落ち着きがないことが  | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 9. 独りで外に出たがり目が離せないことが      | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 10. 色々な物を集めたり、無断で持っていくことが  | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 11. 物を壊したり、衣類を破いたりする事が     | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 12. ひどい物忘れが                | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 13. 意味もなく独り言や独り笑いをする事が     | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 14. 自分勝手に行動する事が            | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 15. 話が纏まらず、会話にならないことが      | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 16. 目的もなく歩き回ることが           | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 17. 外出すると家に戻れないことが         | <input type="checkbox"/> ない       | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある  |
| 18. 薬の内服については              | <input type="checkbox"/> 介助されていない | <input type="checkbox"/> 一部介助   | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 19. 金銭の管理については             | <input type="checkbox"/> 介助されていない | <input type="checkbox"/> 一部介助   | <input type="checkbox"/> 全介助 |

【参考】 ない ～ 各項目の行動がここ1か月間に一度もない  
ときどきある ～ 少なくとも1か月に1回移乗の頻度でみられる  
ある ～ 1週間に1回以上の頻度でみられる

②入居申込に至るまでの経緯をご記入ください。

|                         |
|-------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------------|

③現在、お困りのことがございましたらご記入ください(介護、住宅、経済等)

|                         |
|-------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------------|

※別表もご記入ください