

特別養護老人ホーム幸楽園 入居申込書

申込日	
受付日	



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。

〒	—
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 (入居希望施設)		特別養護老人ホーム幸楽園		保険者	
(フリガナ)				性別	
氏名				被保険者番号	
生年月日		年 月 日 () 歳		要介護度	
現住所		〒 —		要介護認定期間	
				年 月 日 から 年 月 日 まで	
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 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇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	家族構成	<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			
	介護者の有無	<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			
	介護者の年齢	<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)			
	介護者の健康	<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ある(介護者はいない)			
	介護可能時間	<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)			
	要介護者との関係	<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)			
入居希望者の 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 <input type="checkbox"/> (イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満) <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 <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. ままサービスを利用している <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			
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階			
	住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> / / 頃までに入居したい				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】				
特例入所の要件に該当するやむを得ない事由	該当する特例の要件 (<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④) ※該当すると思われる要件をチェックしてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします) ※別紙参照 (記入者 _____ 続柄等 _____)				
生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他				
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 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇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	
	氏名			本人との関係	
	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: _____)		生年月日	
意見	【介護をしている上で困っていること等】				
紹介居宅介護支援事業所など	電話番号 _____ 担当				

※特例入所の要件
 ①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こと。
 ②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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
 ③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・安心確保が困難であること。
 ④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、介護サービスや生活支援の供給が不十分である

特別養護老人ホーム幸楽園入居申込書(認知機能に関する状況)

1. 認知症の症状等に関する以下の項目についてお答えください

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	<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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9 一人で外に出たがり目が離せない	<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	<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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
15 話がまとまらず、会話にならない	<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	<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	<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ヶ月間に一度もない
 ときどき ～少なくとも1ヶ月に1回以上の頻度でみられ
 ある ～1週間に1回以上の頻度でみられる

2. 入居申請に至るまでの経緯を教えてください。

3. その他、お困りのことなどがあれば教えてください。

指定介護老人福祉施設 幸楽園 入居申込書別表

○これまでの生活歴

年月 (又は年齢)	出来事
	(出身地) にて(兄弟姉妹) 男 女の として出生

※学歴や職歴、結婚歴、子供の有無、病歴、その他ご本人にかかわる出来事をなるべく詳しく記載してください

○ご自宅での1日の過ごし方

時間	暮らしの様子	特記事項
4:00	・起きてから一番初めにすることは何ですか？ ()
6:00	・起床後、着替えはいつしますか？ ()
8:00	・紙おむつなどの排泄ケア用品はお使いですか？ ()
10:00	・夜間帯、トイレに行く頻度は？またその時間は？ ()
12:00	・排便の頻度は？ ()
14:00	・入浴の頻度は？ ()
16:00	・浴槽の湯温は？また入浴時間はどの程度か？ ()
18:00	・食事の際、必ず召し上がるものは？(梅干し・のり等) ()
20:00	・普段、好んで飲んでいるものは？ ()
22:00	・現在、飲酒や喫煙はされていますか？ ()
0:00	・寝間着にはいつ着替えますか？ ()
2:00	()
4:00	()