

# 特別養護老人ホーム 入所申込書(京丹後市 施設共通)

2019年改訂

特別養護老人ホームに入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

申込施設	<input type="checkbox"/> いちがお園(丹後町)	<input type="checkbox"/> 久美浜苑(久美浜町)	<input type="checkbox"/> 海山園(久美浜町)
	<input type="checkbox"/> おおみや苑(大宮町)	<input type="checkbox"/> 丹後園(網野町)	<input type="checkbox"/> はごろも苑(峰山町)
	<input type="checkbox"/> 第二丹後園(網野町)	<input type="checkbox"/> 弥栄はごろも苑(弥栄町)	<input type="checkbox"/> 満寿園(弥栄町)
	<input type="checkbox"/> ふるさと(網野町)	<input type="checkbox"/> 久美浜苑くまのの里(久美浜町)	<input type="checkbox"/> 宇川いちがお園(丹後町)
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ※入所希望施設に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		

入所希望者	要介護度	介護保険被保険者番号		
	※要介護1又は2の方の申込みについては、別項の「要件」、「具体的な状況」を必ず記入してください。			
	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	生年月日	年	月 日
住所	〒 —			
	【電話番号】 自宅:		携帯:	
担当介護支援専門員等	氏名	連絡先		
	事業所名			

主介護者	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	生年月日	年	月 日
	住所	〒 —		
		【電話番号】 自宅:		携帯:
入所希望者との続柄	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居		

※主介護者と申込者が同じであれば記入不要

申込者	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	生年月日	年	月 日
	住所	〒 —		
		【電話番号】 自宅:		携帯:
入所希望者との続柄	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居		

家族状況	世帯区分	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居世帯		
	氏名	続柄	同居の有無	住所・連絡先

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院など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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい <b>【介護状況(困っていること等)】</b>
	入所希望者の意思確認 <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 申し込んでいることを知らされていない <input type="checkbox"/> 本人に説明したが理解できない

### 【要介護1又は2の方の申込みについて】

特別養護老人ホームに入所できるのは、原則要介護3以上の方に限定されます。要介護1又は2の方の入所については、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難と認められる場合に限られますので、要介護1又は2の方は下記欄に記入をお願いします。

要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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。
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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。
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、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十分に認められないことにより、在宅生活が困難である。
【具体的な状況】	

入所希望者について、この入所申込書により、入所を希望します。また、次の項目について同意します。

- ・申込施設が、入所判定に必要な入所希望者等の状況情報を担当介護支援専門員等から受けること。
- ・申込施設から担当介護支援専門員等や行政機関(保険者、京都府等)に入所申込書の内容及び入所希望者の状況について、必要に応じて情報照会すること。
- ・施設への入所を円滑に進め、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者、京都府等)に報告すること。
- ・入所時期に関しては、申込施設の入所基準によること。
- ・入所待機中に、本申込施設以外の施設に入所が決定した場合及び要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合は、速やかに申込施設に連絡すること。
- ・入所希望者が複数の施設に申し込んでいる場合に限り、入所待機中に申込施設が提供を受けた長期入所に係る個人情報当該施設間において情報の共有を行うこと。

申込日 年 月 日

本人又は申込者の氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 【申込施設記入欄】

受付日	年 月 日	辞退・取消日	年 月 日
受付者		辞退・取消の事由	

特別養護老人ホーム 入所申込みに係る情報提供書（京丹後市 施設共通）

2019年改訂

入所希望者氏名		性別		生年月日	
要介護度		介護保険被保険者番号			
認定年月日		有効期間		～	
介護保険負担割合	割	保険者		保険者番号	

※要介護1又は2の方の申込みについては、別項の「要件」、「具体的な状況」を必ず記入してください。

身体障害状況	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

身体 の 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ ）	
		[主食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 半粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー
		[副食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ミキサー
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
		<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> 布パンツ		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
		<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 中間浴	<input type="checkbox"/> 特殊浴槽	<input type="checkbox"/> 清拭	
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
		<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖・老人車等	<input type="checkbox"/> 車椅子		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きが見える程度	<input type="checkbox"/> 見えない		
	<input type="checkbox"/> 見えているか判断不明					
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	<input type="checkbox"/> 聞こえない		
	<input type="checkbox"/> 補聴器使用	<input type="checkbox"/> 聞こえているか判断不明				
麻 痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（部位： ）				
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できない		
言 語	<input type="checkbox"/> 口頭	<input type="checkbox"/> 筆談等	<input type="checkbox"/> 手話等	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない			
指示への反応	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できない			

主な症状	頻 度				
被害的妄想がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
色々なものを集める	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
幻視・幻聴がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
感情が不安定である	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
昼と夜が逆転する	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
暴言暴行など介護に抵抗がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
ものや衣類を壊す	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
不潔行為がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
大声を出す	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
異食がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
徘徊がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
自傷行為がある	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		
その他（特筆すべき内容や具体的な症状などについてご記入ください。）					

認知症の状況としての行動障害	
----------------	--

医療機関 主治医		既往歴 現病歴	
服薬等			
医療的処置	<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他（ ）		

現在利用しているサービス等	<input type="checkbox"/> 【介護保険施設・医療機関等への入院入所している】 施設名又は病院名 _____ 住所地 _____ 入院又は入所期間 _____ ～ _____（退所又は退院予定日 _____） <input type="checkbox"/> 【在宅で介護サービスを利用していない】 <input type="checkbox"/> 【在宅で介護サービスを利用している】 → 在宅サービスの利用率 _____ % 現在利用している介護サービス・事業所名・利用頻度 _____
---------------	--

主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠隔地にいる（居住地 _____） <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業しており介護に支障がある <input type="checkbox"/> 主たる介護者の介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 主たる介護者が病気等のため長期治療・療養中 <input type="checkbox"/> 介護にほとんどかかわっていない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が妊娠している・育児中 <input type="checkbox"/> 別居親族による介護協力者がいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢、障害を有する <input type="checkbox"/> 同居の介護協力者がいる（ _____ 人） <input type="checkbox"/> 主たる介護者が他の方も介護・看病している <input type="checkbox"/> 介護協力者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 近隣者などによる介護協力者がいない <input type="checkbox"/> 同居者に介護協力者がいない その他（チェックした項目の具体的な内容についてご記入ください） _____
-----------	---

在宅生活の状況	生計 <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて居宅サービスを自費負担している <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービスを充分利用できない 住環境 <input type="checkbox"/> 現在、入所(入院)中の施設及び病院から退所(退院)を求められているが、自宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> 住環境の事情で在宅生活に支障(危険)があり改善することが困難である <input type="checkbox"/> 住環境の事情で十分な介護が困難である その他（チェックした項目の具体的な内容についてご記入ください） _____
---------	---

【要介護1又は2の方の申込みについては、長期入所が必要な具体的な状況を必ずご記入ください。】

要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、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十分に認められないことにより、在宅生活が困難である。
----	---

具体的な状況	_____
--------	-------

その他特記	
-------	--

本用紙 記入者	事業所・病院名		連絡先	
	職 種			
	年 月 日		本用紙記入者氏名	