**清瀬市内特別養護老人ホーム入所申込書**

申込希望施設

信愛の園

聖ヨゼフ老人ホーム

清雅苑

（希望先施設をチェック）

**（信愛の園・聖ヨゼフ老人ホーム・清雅苑　申込用）**

**1.申請する方のお名前・連絡先等**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 続柄 | | 同居の有無 |
| 氏名 |  |  | | 同居　／　　別居 |
| 住所 | 〒 | 優先電話  連絡先 |  | |
|  | |

**2.入所を希望する方について（お名前や生年月日、介護保険情報等）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | 性別 | | | | 生年月日・年齢 | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | 男性  女性 | | | | 明治  大正  昭和 | | 年　　月　　日生まれ  （　　　　歳） | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | 電話  番号 | |  | | | | | | |
| 介護保険  被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | 保険者 | | |  | | | | | |
| 保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度 | | | 要介護１　　　要介護２　　　要介護３　　　要介護４　　　要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 介護保険被保険者証の認定有効期間 | | | | | | | 開始　　　　年　　月　　日　から  終了　　　　年　　月　　日　まで | | | | | | | |
| 特別な事情（**要介護１・要介護２の方は必ず選択ください**） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 認知症や知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状や行動、意思疎通  の困難さが頻繁にみられる。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により家族等による支援ができず、  かつ地域での介護サービスや生活支援の供給体制が不十分である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他、入所を希望する理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3.現在のお住まい・生活の状況**（施設・病院にご入所・ご入院中の方は、在宅に帰った際の状況をご記入ください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 一人暮らし　　　 同居者あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| お住まいの場所 | 自宅　　　　　　　自宅以外 | | | |
| 【自宅】を  選ばれた場合  自宅の様子をご記入  ください。 |  | エレベーターのない集合住宅の２階以上 | | |
|  | 自分の部屋とは別の階にトイレ・浴室がある | | |
|  | 自分の部屋がない | | |
|  | 介護する部屋がない | | |
|  | 家屋の老朽化が激しい | | |
|  | 上記以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 【自宅以外】を  選ばれた際に状況を  ご記入ください。 | 病院　　 養護老人ホーム　　　軽費老人ホーム　　 ケアハウス  グループホーム　　 介護老人保健施設　　　療養型病院  有料老人ホーム　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 名　称 | |  | |
| 住　所 | | 〒 | |
| 電　話 | |  | |
| 入所（院）期間 | | | 年　　　月　　　日～  期限なし・未定  期限あり（　　　年　　　月　　　日頃まで） |

**4.家族・介護者の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 家族構成 | 配偶者 | 同居　　別居　　なし | （備考） |
| 子ども | 同居　　別居　　なし | （備考） |
| 兄弟姉妹 | 同居　　別居　　なし | （備考） |
| その他 | 同居　　別居　　なし | （備考） |
| 主な介護者  いない  いる  ※右の欄へご記入  ください。 | 続柄 | 配偶者　　子ども　　兄弟姉妹　　その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 健康状態 | 健康　　病弱　　病気療養　　障害　　高齢 | |
| 就労 | していない　　　している | （備考） |
| 育児 | していない　　　している | （備考） |
| 介護 | していない　　　している | （備考） |
| ストレス | ない　　　　　　ある | （備考） |
| 介護者の  支援者 | いない　　　　いる（ヘルパー、訪問看護等除く）  →いらっしゃる場合は関係や援助内容等 | | |

**5.認知症等の精神状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 物忘れ | ない　　年相応　　日常生活に支障あり　　かなりある　　記憶が難しい |
| 理解力 | ある　　簡単な内容であれば可　　ほとんどできない　　全くできない |
| 意思疎通 | できる　　　できるが食い違うことがある　　　全くできない |
| 認知症 | なし　　　軽度　　　中度　　　重度　　　治療中 |
| 周辺症状 | 徘徊　　　異食　　　暴力行為　　　異性への関心  怒りっぽい・落ち込み易い　　　被害妄想　　　収集癖 |
| その他、詳しい内容をご記入ください。 |

**6.医療・療養の状況**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主な病歴 |  | | | |
| 現在の病名 |  | | | |
| 服薬 | なし  あり | ※「あり」の場合は、出来るだけ詳しい内容をお書きいただくか、お薬手帳のコピーをお付けください。 | | |
| かかりつけ医 | 主治医名 | |  | （　　　　　　　　　科） |
| 医療機関名 | |  | |
| 住所 | |  | |
| 電話番号 | |  | |
| 特別な医療 | 鼻腔栄養　　　胃瘻　　　在宅酸素　　　インスリン注射　　　人工肛門  人工透析　　　排尿カテーテル  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

**7.在宅サービスの利用状況**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用の有無 | | 利用なし　　　　 利用あり　※「利用あり」の場合は以下に記入 | | | | |
| 通所介護　　　（週　　　　回）  通所リハビリ　　（週　　　　回）  訪問介護　　　（週　　　　回）  訪問看護　　　（週　　　　回） | | | | 訪問リハビリ　　　（週　　　　回）  その他 | | |
| 区分支給限度額に対する利用率 | ８０％以上　　　　６０％以上　　　　４０％以上  ２０％以上　　　　２０％未満　　　　その他 | | | | | |
| 介護支援専門員名 | | |  | | 電話 |  |
| 居宅介護支援事業所名 | | |  | |

**8.身体機能とＡＤＬ（日常生活動作）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻痺 | なし　　　あり（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 拘縮 | なし　　　あり（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 視力 | 正常　　　少し不自由　　　かなり見にくい　　　全盲 | | | |
| 聴力 | 正常　　　少し不自由　　　ほとんど聞こえない（補聴器：あり／なし） | | | |
| 移乗 | 自立　　　見守り　　　一部介助　　　全介助 | | | |
| 移動 | 自立　　　見守り　　　一部介助　　　全介助　　　装具（　　　　　　　　　） | | | |
| 移動手段 | 独歩　　　杖・歩行器・手すりつかまり歩き　　　介助者手引きなど　　車椅子 | | | |
| 寝返り | 自立　　　介助 | | | |
| 起き上がり | 自立　　　何かにつかまればできる　　　一部介助　　　できない | | | |
| 座位 | 自立　　　背もたれなど支えがあればできる　　　できない | | | |
| 立位 | 自立　　　何かにつかまればできる　　　一部介助　　　できない | | | |
| 食事形態 | 主食 | 普通食　　おかゆ　　ゼリー・ペースト　　経管栄養　　その他 | | |
| 副食 | 普通食　　一口大キザミ　　細かいキザミ　　ゼリー・ペースト | | |
| 食事摂取 | 自立　　　一部介助　　　全介助 | | | |
| 食事制限 | なし　　　あり（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 排尿 | 尿意 | なし　　　あり | | |
| 動作 | 昼間：自立　　一部介助　　全介助 | | |
| 夜間：自立　　一部介助　　全介助 | | |
| 種類 | 昼間：トイレ　　ポータブルトイレ　　おむつ　　尿器 | 排尿カテーテル | |
| 夜間：トイレ　　ポータブルトイレ　　おむつ　　尿器 |
| 排便 | 便意 | なし　　　あり | | |
| 動作 | 昼間：自立　　一部介助　　全介助 | | |
| 夜間：自立　　一部介助　　全介助 | | |
| 種類 | 昼間：トイレ　　ポータブルトイレ　　おむつ　　差込便器 | | ストマ |
| 夜間：トイレ　　ポータブルトイレ　　おむつ　　差込便器 | |
| 入浴 | 種類 | 一般浴　　　機械浴（座位式）　　機械浴（臥床式） | | |
| シャワー浴　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 動作 | 自立　　　一部介助　　　全介助 | | |
| 更衣 | 自立　　　一部介助　　　全介助 | | | |
| 整容 | 洗面 | 自立　　　一部介助　　　全介助 | | |
| 歯磨き | 自立　　　一部介助　　　全介助 | | |

**情報提供に関する入所希望者本人同意確認について**

入所申込をした特別養護老人ホーム施設長が、

（１）保険者より、私の「要介護認定調査票の写し」「介護保険主治医意見書の写し」の提供を受けること。

（２）担当ケアマネジャー、居宅サービス事業所、病院のソーシャルワーカー等から、日常生活の様子、介護保険

サービスの利用状況等の情報の提供を受けること

（３）申込にある内容を保険者、居宅介護支援事業所、指定するケアマネジャーへ提供すること。また、貴施設

へ入所が決定した場合には、保険者及び市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを連絡もしくは通

知すること。

以上のことについて同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

本人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　代理人　　　　　　　　　　　　　　　　　印（続柄　　　　）