

特別養護老人ホーム 印西 入所申込書（１）

申込者（連絡先） 今後、郵便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	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

住所	〒
氏名	
電話	

特別養護老人ホーム 印西 に入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム 印西		保険者	
(フリガナ)		性別	被保険者番号	
氏名		男・女	要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要介護 認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
現住所	〒 TEL () -			
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（市区名のみ）： _____ ◇入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所・入院している			
入所希望者の 状況 (該当するものを 下さい。)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答して下さい) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <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・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等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"/> その他 ()			
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答して下さい。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、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よる支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
	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】		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる施設名 () () () ◇今後申し込む予定の施設名 () () ()		
主たる 介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日
	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： _____)		
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】		

※ 裏もありますのでご記入ください

特別養護老人ホーム 印西 入所申込書（2）

（現在の状態について記入してください）

1 本人の状況

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5
日常生活自立度	Ⅲ a 以上	Ⅱ b	Ⅱ a	I	自立	

※ 日常生活自立度につきましてはケアマネジャー様に確認、または分かる範囲でご記入下さい。

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者 世 帯	そ の 他
介護者の年齢・続柄	70歳以上	60歳以上	60歳未満 続柄()
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い 負 担 な し
介護者の障害や疾病	無・有 ()		
介護者の就労	無・有 (職種等		日/週、 時間/日)
他の要介護者	無・有 (要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)		
介護者の育児、家族の病気	無・有 ()		
介護者の介護の関わり方	全く介護できない	仕方なく介護している	やや消極的 ふつう
他の同居介護補助者	無・有 (続柄		日/週程度
別居血縁者介護協力	無・有 (続柄		日/週程度
近隣者等の介護協力	ほとんとなし	随時あり	常時あり

3 在宅での介護が難しい理由【介護をしている上で困っている事などをご記入ください】

4 介護支援専門員

介護支援専門員の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※「有」の方は下記をご記入下さい。	
事業所名		☎	—	—
担当者氏名				

記載者氏名 _____

特別養護老人ホーム 印西 入所申込書（3）

（現在の状態についてできるだけ正確に記入してください）

行動について、あてはまる番号に一つだけ口内にチェックをつけてください。

ア. 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
イ. 作話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
ウ. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
エ. 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
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
カ. 暴言や暴行が	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
ク. 大声をだすことが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
コ. 目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
サ. 「家に帰る」等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
シ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
ス. 1人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
セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
ソ. 火の始末や火元の管理ができないことが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
チ. 不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
ツ. 食べられないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	ときどきある	<input type="checkbox"/>	ある
テ. 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

その他、何かありましたらご記入ください