

(様式1)

記入例

特別養護老人ホーム緑の苑 入所申込書

本人の代理で、今後の状態確認等の連絡先となる方を記入してください。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

提出日を記入してください。

申込者(代理の方)連絡先

住所	〒 092 - 0027 美幌町		
	稲美105番地の7		
フリガナ	リョクエン ハナコ		
氏名	緑苑 花子	続柄()	
電話	0152 (73) 1215 携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

特別養護老人ホーム緑の苑に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)	リョクエン タロウ	性別	生年月日
	氏名	緑苑 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	明(大)・昭・平 15年 1月 1日(90歳)
	現住所	〒 092 - 0027 美幌町稲美105番地の7		
	要介護度	<input checked="" type="radio"/> 1・ <input type="radio"/> 2・ <input type="radio"/> 3・ <input type="radio"/> 4・ <input type="radio"/> 5	認定の有効期間	令和 2年 4月 1日 ~ 令和 4年 3月 31日
	世帯状況 現況(在宅サービス等)	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 子供などと同居 【現在利用している在宅サービス】 <input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護・訪問リハビリ(週 回) <input checked="" type="checkbox"/> イ サービス・デイケア(週 1 回) <input checked="" type="checkbox"/> 短期生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 短期療養介護(月 1 回) 【特養などの施設や病院に入っている】 ◇施設名または病院名 _____ ◇所在地(市町村名 美幌町) ◇入所又は入院時期 令和 年 月 日から入所・入院している		
	担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名 緑苑居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー氏名 緑苑 次郎		
	入所を希望する理由 ※該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため(身寄りがない若しくは家族等と疎遠である) <input type="checkbox"/> 介護者が要介護者のため十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が(高齢)・要支援者・障害(病気で通院)・遠方」により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者がいるが複数の介護や育児または家族が病気の状況にあ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 checked="" type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく困難なため <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		
	入所希望時期	<input checked="" 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		
	本人の入所意向	<input checked="" type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 意思確認が困難		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input checked="" 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他の施設名 (特養〇〇〇〇〇)() () ◇今後申し込む予定の他の施設名 (GH〇〇〇〇〇)() ()		
認知症による 不適応行動 精神症状	<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input checked="" type="checkbox"/> 認知症等を原因とする昼夜逆転・徘徊等があり、介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ介助が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である 【症状の頻度等を具体的に記載してください。】(自傷行為・せん妄・奇声大声・摂食異常・異食・常同行動・不潔行為・介護に抵抗・暴言暴行・被害妄想・作話・不穏・帰宅願望・物集め等) 【症状の頻度】① 毎日ある ② 週1回~2回程度ある ③ 月1~2回程度ある ・オムツ交換や着替えに抵抗や暴言① ・同じことを何度も言う常同行動① ・作話に伴う被害妄想③ ・入院時やショートステイ時に夕方帰宅願望強く、暴言や介護者を叩くなどの暴力あり。			
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" 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】 ・糖尿病 ・高血圧			
生活歴	<input checked="" type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難 (住居が狭いなど) <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(退院)を求められている <input type="checkbox"/> その他 ()			
	①出生 ②学歴 ③職歴 ④結婚歴 ⑤子供 ⑥その他 ①美幌町稲美 ②美幌尋常高等小学校(卒) ③農業 ④24歳頃 ⑤男1人女1人			

※該当するところに☑や記載をしてください。

主たる介護者	(フリガナ)	リョクエン ハナコ	性別	家族構成図	
	氏名	緑苑 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>		
	本人との関係	妻			
	生年月日	明・大・(昭)・平 1年 2月 2日			
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】 年齢的にも厳しく持病もあり、自宅での介護が難しくなっているので今後の生活が心配な状況です。			

同意書	入所の申込に当たり、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について説明を受けました。また、今後、施設への入所を円滑にすすめるため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは道)に報告することに異議なく同意します。
	令和 1年 1月 1日 本人又は申込者の氏名 <u>緑苑 花子</u> 印

※介護度1・2の方のみ記入ください。 **特列入所の要件に該当する事由について**

1	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害	があり、頻繁に	<input type="checkbox"/> 頻繁に徘徊する <input type="checkbox"/> 大声や奇声を上げる <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input checked="" type="checkbox"/> 暴言・暴力や自傷行為がある <input type="checkbox"/> 異食がある <input checked="" type="checkbox"/> その他(介護抵抗・暴言暴力・常同行動・被害妄想)	※要介護度1・2の方のみ該当するところに<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。
2	<input type="checkbox"/> 単身世帯である <input type="checkbox"/> 配偶者・子がない <input type="checkbox"/> 子が遠方に居住しているため介護できない子の居住地() <input type="checkbox"/> 親族がない			
3	同居家族が	<input checked="" type="checkbox"/> 同居家族による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 高齢である同居家族の年齢()の <input type="checkbox"/> 病弱の <input type="checkbox"/> その他()	ため支援が期待できない。	
	かつ、	<input type="checkbox"/> 金銭的に困難な <input type="checkbox"/> 本人が拒否する <input type="checkbox"/> その他()	ため介護サービスを十分に使えない。	

在宅で介護できない事情や生活が困難である詳しい状況を書いてください。

※介護度1・2の方のみ記入ください。

・オムツ交換や着替えに抵抗や暴言。同じことを何度も言う常同行動が毎日あり、作話や被害妄想が月に1~2回あり。介護者の身体的精神的な負担が大きく年齢的に厳しく持病もあり、自宅での介護が難しい状況になっている。

※要介護度1・2の方のみ記入ください。