

特別養護老人ホーム入所申込書

NO	申込日 令和 年 月 日	受付日 令和 年 月 日
----	--------------	--------------

特別養護老人ホーム 志木瑞穂の森 施設長 様

【本人様の状況について】

ふりがな				性別	男・女
氏名					
生年月日	明 大 昭 年 月 日 (満 歳)				
住所	〒				
介護保険情報	保険者の市区		被保険者番号		
	要介護度	1・2・3・4・5	認定有効期間	年 月 日から	年 月 日まで
現在利用している在宅サービスの状況(※2)	1 訪問介護 (月 回 週 回)	6 通所リハ (月 回 週 回)			
	2 訪問入浴 (月 回 週 回)	7 短期入所生活介護 (月 回 週 回)			
	3 訪問看護 (月 回 週 回)	8 短期入所療養介護 (月 回 週 回)			
	4 訪問リハ (月 回 週 回)	9 福祉用具の貸与・購入 (あり・なし)			
	5 通所介護 (月 回 週 回)	10 その他 ( )			
居宅介護支援事業所の利用	ケアマネージャーを 1 利用している 2 利用していない				
	事業所名		担当者名		
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが高齢等のため介護が困難				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが就業しているため介護が困難				
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが育児又は家族が病気で介護が困難				
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設に入所しているが貴施設に入所したい				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
介護期間	年	ヶ月	介護保険負担限度額認定証	無・有 ( 段階)	

【申込者】

ふりがな			本人との関係
氏名			
住所	〒		
日中連絡の取れる連絡先	自宅	携帯	

【介護者のご状況】

主たる介護者 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入) <input type="checkbox"/> 無	ふりがな		性別	本人との関係
	氏名		男・女	
	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 (満 歳)		
	下記の該当項目にチェックを入れて下さい			
	同居・別居の別 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (右欄も記入)	住所 電話		
	障害や疾病の状況に <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入)	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能		
	育児や他の家族が病気の状況に <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入)	<input type="checkbox"/> 常時、育児・看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日、育児・看病が必要 <input type="checkbox"/> 時々、育児・看病が必要		
	複数の介護をしている状況に <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入)	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能		
	就労をしている状況に <input type="checkbox"/> 無 (無の場合は右欄も記入) <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入)	<input type="checkbox"/> 介護のために仕事をやめた <input type="checkbox"/> 高齢で就労できない <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間未満		
	従たる介護者 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は右欄も記入) <input type="checkbox"/> 無	ふりがな		性別
氏名			男・女	
下記の該当項目にチェックを入れて下さい				
同居・別居の別 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (右欄も記入)		住所 電話		
介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能			
別居している血縁者による介護の可能性 <input type="checkbox"/> 別居している血縁者なし <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能				
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃には入所したい			
申込をしている施設	施設名 :	所在地 (市区町村) :		
	施設名 :	所在地 (市区町村) :		
	施設名 :	所在地 (市区町村) :		
どこで当施設をお知りになりましたか。	<input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 ( ) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 当施設ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> その他 ( )			
私は、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 (説明は3枚目入所申し込み説明書をご一読いただくことで代えさせていただきます) 令和 年 月 日 氏名 :				

特別養護老人ホーム入所申込書

入所希望者状況確認票表

ふりがな		性別
入所希望者氏名		男 ・ 女

本人の状況													
治療中の病気等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病名： ）												
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病院名： 医師名： ）												
これまでに かかった病気	<table border="1"> <thead> <tr> <th>いつ頃</th> <th>病名</th> <th>いつ頃</th> <th>病名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月頃</td> <td></td> <td>年 月頃</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月頃</td> <td></td> <td>年 月頃</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	いつ頃	病名	いつ頃	病名	年 月頃		年 月頃		年 月頃		年 月頃	
いつ頃	病名	いつ頃	病名										
年 月頃		年 月頃											
年 月頃		年 月頃											
身体等 の 状 況	視力	1. 普通 2. やや悪い 3. ぼんやりと見える 4. 全く見えない											
	聴力	1. 普通 2. 大きな声なら聞こえる 3. 全く聞こえない 補聴器（有・無）											
	言語	1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 単語に限られる 4. 全く話せない											
	記憶	1. 普通 2. 年齢相応 2. 時々物忘れがある 3. すぐに忘れる											
	意思疎通	1. 通じる 2. ある程度通じる 3. 時々通じる 4. 通じない											
	麻痺	1. なし 2. あり（右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他）											
	拘縮	1. なし 3. あり（肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・手指）											
	喫煙	1. しない 2. する（1日 本程度）											
	飲酒	1. しない 2. する（頻度 週 日程度）											
	体型	身長 cm 体重 kg											
日常生 活動 作 能 力	起居	1. 1人で起きられる 2. 掴まれば起きられる 3. 介助があれば起きられる 4. ほとんど寝たきり											
	移乗	1. 1人で移れる 2. 見守り・声かけがあればできる 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要											
	移動	1. 歩行できる（何も使わず・這って歩く・伝い歩き・手引き・杖・シルバーカー・歩行器）											
		2. 歩行できない（車いす・リクライニング車いす・ストレッチャー）											
		1. 1人で出来る 2. 見守り・声かけがあれば出来る 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要											
	食事	1. 自分で食べる 2. 用意が必要 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要 5. 経口摂取できない											
		①主食（お米・おかゆ・ペースト） ②おかず（普通・一口大・細かく刻む・ペースト） ③むせ込み（無・有）											
	義歯	1. なし 2. あり（総入れ歯・部分入れ歯・入れ歯あるが使っていない）											
	更衣	1. 1人でできる 2. 声かけ・見守りがあればできる 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要											
	入浴	1. 1人でできる 2. 声かけ・見守りがあればできる 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要											
入浴方法（家庭浴槽・車いす浴槽・ストレッチャー浴槽・シャワー浴・清拭のみ）													
排せつ	1. 1人でできる 2. 見守り・声かけがあればできる 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要												
	①日中（布パンツ・リハビリパンツ・おむつ・尿取りパット）②夜間（布パンツ・リハビリパンツ・おむつ・尿取りパット）												
	③バルンカテーテル（無・有） ④ストマ（無・有）												

医療行為	1. 経管栄養（経鼻） 2. 胃ろう 3. インスリン 4. 気管切開 5. 喀痰吸引 6. 点滴 7. ストマ 8. バルンカテーテル留置 9. 床ずれ（箇所 ） 10. その他（ ）
認知症の 症 状	1. 記憶障害 2. 見当識障害 3. 判断・理解力の障害 4. 実行機能障害
	1. 被害的 2. 作り話をする 3. 感情が不安定 4. 昼夜逆転 5. 同じ話をする 6. 大声を出す 7. 介護に抵抗 8. 落ち着きが無い 9. 1人で出たがる 10. いろいろな物を集める 11. 物を壊す 12. 独り言や独り笑い 13. 自分勝手に行動する 13. 話がまとまらない

家族の状況					
	氏名	生年月日	続柄	住所	職業
同居の 家 族	本人	MTSH . . .	本人	/	
別居の 家 族					
特記事項					
介護サービスについてのご希望					
現在の所在されている場所と今後について					
今後の予定について	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 決まっている（どこに： いつから： ）				
現在いる所について	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	（名称： 担当者：		いつから：		
その前にいた場所は					
収入	年金（ ） その他（ ） 年額 約 万円				
障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（身体・精神）（ ）種（ ）級 障害名（ ）				

## 特別養護老人ホーム入所申込書

### 特別養護老人ホーム 志木瑞穂の森 入所申し込み説明書

#### 1. 申し込みに必要なもの

- 入所申込書
- 入所希望者状況確認表
- 認定調査票の写し（介護保険者の市区町村もしくはご担当のケアマネージャーにご確認の上取得して下さい）
- 介護保険被保険者証の写し
- 介護保険負担限度額認定証の写し  
※対象の方のみ（対象かご不明な場合はご本人様ご住所の市区町村へお問い合わせください）
- サービス利用票（別表）の写し 3ヶ月分 ※在宅サービスを利用されている方のみ
- お薬手帳の写し（現在、服用しているお薬が分かるものであれば可）

#### 2. 申込書の記入方法

申込書は正確にご記入ください。事実と異なる場合は、入所申し込みをやり直しして頂く場合があります。

##### (1) 申込者

- ① 施設からのご連絡は原則申込者の方に行います
- ② 「本人との関係」は、本人から見た続柄でお願いします（例：長男、長女、孫等）

##### (2) 本人の状況

- ① 住所は住民票上の住所を記入して下さい
- ② 介護保険情報は、お手持ちの介護保険被保険者証を確認の上、記入して下さい
- ③ 現在利用している在宅サービスの状況は、該当項目に○をし、回数を記入して下さい（複数回答可）
- ④ 居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）は、該当項目に○をし、利用がある場合は、事業所名等を記入して下さい
- ⑤ 入所を希望する理由は、該当項目にチェックをしてください
- ⑥ 介護期間については、介護が必要となったときから現在に至るまでの期間を記入して下さい

##### (3) 介護者の状況

- ① 主たる介護者の状況の有無について、該当項目にチェックをして下さい。「有」にチェックした場合は、続いて右欄の項目にお答えください。
- ② 同居・別居の別について、別居にチェックをする場合は、住所の記入をお願いします
- ③ 従たる介護者の状況の有無について、該当項目にチェックをして下さい。「有」にチェックした場合は、続いて右欄の項目にお答えください。
- ④ ②と同様に、同居・別居の別について、別居にチェックをする場合は、住所の記入をお願いします
- ⑤ 申し込みをしている施設については、既に申請している特別養護老人ホームについて記入して下さい

##### (4) 説明確認

説明はこの説明書で代えることといたしますのでご了承ください。

ご了承いただけましたら、申込書一枚目の右下にご署名をお願いいたします。

また、入所順位の判定基準に沿って優先順を判定します。原則として順位の高い方が優先となりますが、事前に訪問面接をさせていただき、施設の受け入れ態勢を確認した上で、最終的には施設の入退所判定委員会で入所者を決定します。訪問面接等のご連絡は、優先順位の高い方より順次行います。尚、申込者が定員を大きく上回った場合、お待ち頂く期間が長くなりますので、あらかじめご了承下さい。

##### (5) 入所希望者状況確認表

必要事項をご記入の上、入所申込書とともにご提出ください

##### (6) 申し込み方法

1に掲げる「申し込みに必要なもの」を下記の宛先までご郵送ください。

##### 【必要書類郵送先】

〒353-0002  
埼玉県志木市中宗岡3丁目16-53

社会福祉法人さくら瑞穂会  
特別養護老人ホーム 志木瑞穂の森 生活相談員 大塚・田中