

入所申込書兼状況調査票

施設名 _____ 施設長様
 次のとおり施設入所を申し込みます。

年 月 日

申請者	氏名(ふりがな)			続柄()			
	住所	〒					
	電話	()		明・大・昭	年 月 日	生 歳	
本人の状況	介護保険被保険者番号	〈健康保険被保険者番号ではありません。お間違いのないようお願いします。〉					
	氏名(ふりがな)			男 ・ 女			
	住所	〒					
	電話	()		明・大・昭	年 月 日	生 歳	
	要介護度	3 ・ 4 ・ 5 [特例入所] 1 ・ 2	他の 特養申請状況	件			
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 老人保健施設入所中 ・ その他()					
	認知症	ある・なし (「ある」方は下記のご記入をお願いします。)					
		次にあげるような症状がありますか？あてはまるものの番号すべてに○をつけてください。 1. 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) 2. 理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。) 3. 見当意識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからないことがある。) 4. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) 5. 徘徊(はいかい)(目的がなく歩き続けることがある。) 6. 幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。) 7. 収集癖(自分のものではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動がみられる。) 8. その他()					
		認知症高齢者の日常生活自立度			□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M		
	病院・施設名	現在右記のような処置を受けていますか？ 受けているものに○を付けて下さい		経管(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン			
病名	その他()						
今すぐ入所する意思がございましたか？		今すぐ ・ 数カ月後 ・ 数年後					
家族構成	一人暮らし・夫婦二人・家族等と同居・その他()						

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行っている方の状況	同居・別居にかかわらず、介護を行なっている方についてお書き下さい。	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者に◎)	同居の有無	仕事の有無	
			()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
			()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
			()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
			()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
その他介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障害やご病気がありますか。病名等をお答えください。(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。)		障害・病気が(ある・ない) 病名:		※要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
	身体障害者手帳をお持ちの方は、何級かお答えください。(1級・2級・3級・4級・5級・6級)		障害者名をお書き下さい。				
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお答え下さい。		A(重度)・B(中度・軽度)				
	上記以外の場合にお書きください。						
	②複数人の介護・育児をしている・いない		どなたを介護していますか?				
ケアマネジャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名:		電話番号	ケアマネジャーの氏名			
申し込み理由(特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。)							

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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、在宅生活が困難な状態のため <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・安心の確保が困難な状態のため <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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため
	(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護者認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名(本人)

印

代筆者

印

申込をされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度・心身の状況等)及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。

特別養護老人ホーム梅が丘 入所申込書兼状況調査票(No.2)

申込者名

本人

1・介護者の状況についてお聞きします

当てはまるものに○をおつけください

高齢者世帯である(老夫婦世帯)	
介護をしながら仕事をしているが仕事するのが困難である	
介護をしているため、仕事をしたいが仕事ができない	
介護をするため、仕事を辞めた	
主たる介護者が病気で介護が困難である	
その他	

2・社会福祉法人仙台白百合会(当法人)のサービスを利用をしていますか？
または、他の事業所のサービスを利用していますか？

当てはまるものに○をおつけください

事業所名	
百合ヶ丘デイサービスセンター	
グループホーム「さちの家」	
ケアハウス「それいゆ」	
白百合居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	
特別養護老人ホーム百合ヶ丘苑 短期入居生活介護	
特別養護老人ホーム百合ヶ丘苑 長期入居生活介護	
その他の事業所のサービス (老人保健施設・デイサービス・グループホーム・ショートステイなど) ※居宅介護支援事業所は除きます。ただし現在入院中の方は、 入院以前にご利用されていれば○を付けて下さい。	