

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	年	月	日
受付日	年	月	日

〒	:
住 所	:
氏 名	:
電 話	:

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)		社会福祉法人 東和福祉会 高齢者福祉施設 三愛		保 険 者											
入所希望者の状況	(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	年	月	日	() 歳	要介護 認定期間		年	月	日	か ら	年	月	日	ま で
	現 住 所	〒 —													
	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」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 年 月 から 入所・入院している													
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	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欄も回答してください。) <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ください。 <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"/> 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他の施設名() () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () ()													
	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		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】													

現 況 調 査 票

入居希望者本人氏名

記入日 年 月 日

1. 本人の状況 (該当するものに○及び記入をしてください)

要介護度	1	2	3	4	5	介護保険 被保険者番号									
要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで					保険者	(市町村名)								

【認知症による行動】

ない 少しある やや多い 毎日ある

(月に1～2回程度) (週に1～2回以上)

物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
作り話をし、周囲に言いふらしたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実際にはないものが見えたり聞こえたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
突然泣いたり笑ったりと感情が不安定になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間不眠あるいは昼夜逆転がみられる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暴言や暴力がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
しつこく同じ話をしたり不快な音をたてる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大声をだす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
助言や介護に抵抗する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「家に帰る」と言い落ち着かない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外出すると一人で戻れなくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一人で外に出たがり、目が離せない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いろいろなものを集めたり無断でもってくる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火の始末や火元の管理ができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物を壊したり衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不潔な行為をおこなう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べられないものを口に入れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ひどい物忘れがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 在宅サービスの利用度 (不明な場合はケアマネージャーにご確認ください)

サービス利用票の添付は必要ありません

利用限度額割合	60%以上 ・ 50%以上 30%以上 ・ 30%未満	現在利用 している サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他()
居宅介護 支援事業者	◇担当ケアマネージャー		

3. 他の要介護者 (入居希望者本人以外にも介護している要介護者がいる場合、ご記入ください)

他の要介護者の 要介護度	要支援1・要支援2 1 2 3 4 5	他の要介護者の 利用限度額割合	60%以上 ・ 50%以上 ・ 30%以上 ・ 30%未満 施設(病院)入所中
-----------------	------------------------	--------------------	--

4. 主たる介護者・家族等の状況

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
主介護者の氏名	続柄 () 男・女	世帯区分	<input type="checkbox"/> 入居希望者と同居 (高齢者世帯)
介護負担	重い ・ やや重い ・ 軽い ・ なし		<input type="checkbox"/> 入居希望者と同居 (その他)
			<input type="checkbox"/> 入居希望者と別居

【介護者の状況】

介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 障害や疾病はない <input type="checkbox"/> 障害や疾病はあるが介護可能 <input type="checkbox"/> 障害や疾病のため、下記のうち2項目程度の日常生活援助なら可能 <input type="checkbox"/> 障害や疾病のため、下記のような日常生活全般の援助が困難 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">項目: 排泄・入浴・移動・着替え・食事など</div> <input type="checkbox"/> 障害や疾病のある場合、その状況を記入してください ()
介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 職種: () 就労時間: (時間/週)
入居希望者以外の家族の育児・看護の状況	<input type="checkbox"/> 育児や家族の看護はしていない <input type="checkbox"/> 臨時的に育児または家族の看護をしている <input type="checkbox"/> 半日、育児または家族の看護をしている <input type="checkbox"/> 常時、育児または家族の看護をしている <input type="checkbox"/> 育児・看護をしている場合、その状況及び関係 (例 孫、夫など) を記入してください ()
介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 積極的に介護している <input type="checkbox"/> 普通に介護している <input type="checkbox"/> やや消極的ではあるが介護している <input type="checkbox"/> 非常に消極的ではあるが介護している <input type="checkbox"/> 介護は拒否している状況である

【介護の協力状況】

他の同居介護補助者の有無	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (一日2時間程度または頻繁な補助がある場合) <input type="checkbox"/> 続柄: () 日数: (日/週程度)
別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 続柄: () 日数: (日/週程度)
近隣者の介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 日数: (日/週程度)

【介護についてこまっていること など】

--

入居希望者状況申立書

入居希望者本人 氏名

要介護度

1. できるだけ詳しくご記入ください。(ケアマネージャー様・入所入院担当者様にご相談ください。)

現在の病名(既往歴)		皮膚疾患	
		・褥瘡(有・無) 部位() ・湿疹(有・無) 部位() ・痒み(有・無) 部位() ・水虫(有・無) 部位()	
		感染症	
		・梅毒(有・無) ・MRSA(有・無) ・肝炎(有・無) ・疥癬(有・無) ・その他()	
・認知症による不適応行動があれば具体的にご記入ください。			
身体及び日常生活の状況	視力	□正常 □大きい字なら見える □ほとんど見えない □まったく見えない	
	聴力	□正常 □大声なら聞こえる □ほとんど聞こえない □まったく聞こえない(右・左)	
	会話	□正常 □やや不自由 □ほとんど話せない □まったく話せない	
	意思疎通	□可能 □やや困難 □その場のみ可能 □困難	
	立位	□可能 □つかまれば可能 □少しなら可能 □困難	
	座位	□可能 □背もたれがあれば可能 □困難 座位保持の時間()	
	歩行(移動)	□可能 □杖や歩行器を利用している □はいずりは可能	
		□車椅子を使用している(自走: 可・不可) □常にベッド上である	
	食事	□自力で可能 □声かけ、見守りが必要 □多少介助が必要 □全介助	
		□主食(白米・粥・ペースト) □おかず(普通・刻み・ミキサー・ペースト)	
		□飲み込みが(良い・あまりよくない・悪い) □水分にむせる(ある・ない)	
	口腔ケア	□自力で可能 □声かけ見守りが必要 □多少介助が必要 □全介助	
	排泄	□自力で可能(トイレ・ポータブルトイレ) □声かけ、誘導が必要 □全介助	
		□使用しているもの(パット・紙パンツ・オムツ) □失禁が(ある・たまにある・ない)	
□尿意(ある・あいまい・ない) □便意(ある・あいまい・ない)			
入浴	□ひとりで可能 □声かけ、見守りが必要 □多少介助が必要 □全介助		
更衣	□ひとりで可能 □声かけ、見守りが必要 □多少介助が必要 □全介助		
麻痺等	□麻痺(ある・ない)その部位()		
	□関節が動かないか、変形している(ある・ない)部位()		
・生活上のこだわり、役割、性格の特徴などがあれば具体的にご記入ください			

入居希望者状況申立書

2. ご家族の状況をご記入ください

同居家族の 状況	氏名	続柄	生年月日	職業	電話番号
近親者の 状況 (本人の子女等)	氏名	続柄	生年月日	職業	電話番号

3. ご本人の状況をご記入ください

出生地		生家職業		学歴	
職歴		婚姻		趣味	

経済状況

☐ 年金(国民・厚生・共済・遺族・恩給) 円/月
 ☐ 生活保護(有・無)

☐ 不動産収入等 円/月
 ☐ 市民税(課税世帯・非課税世帯)

4. 担当ケアマネジャー及び入所・入院施設担当者をご記入ください

事業所(施設・病院)名	担当者名
住所	電話番号

同意事項

- ※ 本入居希望者状況申立書の内容を社会福祉法人東和福祉会に提供することに同意します。
- ※ 入居に関わる記載事項の確認等に関し、関係病院・施設・担当ケアマネジャーより本人の情報提供受けることに同意します。
- ※ 入居検討等に関わる目的の範囲内で私及び私の家族の個人情報を使用することに同意します。

年 月 日
 入居希望者本人(代理人) 氏名 印

社会福祉法人東和福祉会は、保有する個人情報の取り扱いに関し、適正かつ適切に対処致しております。