

記入例

特別養護老人ホーム美香苑／グループホーム美乃里  
入所申し込み書

平成 ○○年 □□月 ▽△日

特別養護老人ホーム 美香苑

グループホーム美乃里      あて

※希望する施設にレ点を入れてください。(両方の申し込みも可能です)

(入所申し込み者)

住所 八千代市村上641

フリガナ ビコウ ハナコ

氏名 美香 花子

(男  女)

明  大 昭

生年月日 13 年 8 月 9 日 (91 歳)

電話番号 047-482-8670

特別養護老人ホーム美香苑を利用したいので、関係書類を添えて次のとおり入所申し込みします。

代理人 (家族)	(フリガナ)	ビコウ タロウ		続柄	夫
	氏名	美香 太郎			
	(郵便番号)	〒 276-0028			
	住所	八千代市村上641			
	電話番号	047-482-8670			

備考

- 1 介護保険被保険者証のコピーを添付してください。
- 2 申請時の診断書の提出は必要ありません。
- 3 在宅サービスを利用されている方は直近2カ月分の「サービス利用票、サービス利用票別表」の写しを添付して下さい。

これまでの美香苑への入所申し込み状況を記入してください。(該当する番号に○、必要事項を記入)

- 1 平成 28 年 5 月頃に入所申し込みを行った。
- 2 これまで申し込みはしたことがあるが、いつ申し込んだのかは不明。
- 3 今回が初めての入所申し込み。

状況申告書

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

入所希望者	氏名：美香 花子			年齢： 91歳	性別： 男・ <b>女</b>								
要介護状態区分	※要支援2 (グループホーム希望者のみ) 要介護 1・2・3・ <b>4</b> ・5		生年月日	明 <b>大</b> 昭 13年 8月 9日									
介護被保険者番号	八千代 <b>市</b> ・区・町・村			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
介護認定有効期間	平成 28年 4月 1日 ~ 平成 30年 3月 31日												
入所希望時期	<b>1</b> 直ちに入所したい      2. 年 月頃に入所したい												
入所についての本人の意思	<b>1</b> 希望している      2. 希望していない      3. 判断できない												
家族の状況	氏名	世帯	続柄	年齢	職業	備考 (同居以外の場合は住所の記載)							
	美香 太郎	<b>同</b> ・別	夫	89	なし	主に介護している							
	美香 三郎	同 <b>別</b>	三男	70	自営業	八千代市米本〇△-□							
	美香 梨香	同 <b>別</b>	三男の嫁	69	主婦	〃							
		同・別											
		同・別											
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)	<p>1. 入所申し込みできるのは原則として要介護度3以上の方です。(要介護1~5の方は以下該当するものを回答してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。</p> <p><input checked="" 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為</p> <p><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為。</p> <p><input checked="" 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為。</p> <p><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>2. 要介護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なことから、以下該当するものを回答してください。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等も伴い、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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢者又は病弱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。</p>												

氏名：美香 花子

本人の居る所	<input checked="" type="radio"/> 1. 自宅    2. 病院    3. 他施設（施設の種類） 4. その他（ ）		
	自宅 以外の 場合	名称	
		所在地	
		電話	
特養への申込状況	<input checked="" type="radio"/> グリーンヒル    ・愛生苑    ・八千代城    ・はなみずき ・ひばりの郷    ・グリーンヒル八千代台 （その他： ）		
既往症名	脳梗塞	治癒時期	平成元年 11月
	尿路感染症	治癒時期	平成12年 11月
現在の主な病名	脳梗塞後遺症	発症時期	平成2年 4月～
	高血圧症	発症時期	平成9年 12月～
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔） <input type="checkbox"/> インシュリン注射（ 回/日） <input checked="" type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル		
かかりつけ医療機関 主治医師名等	医療機関名	○△病院	
	電話番号	047-○○○○-□□□□	
	医療機関所在地	八千代市村上○○-□△	
	主治医氏名	○△ □○先生	
主たる介護者・家族 等の状況	主たる介護者について		
	・年齢（ 89 歳） ・続柄（ 夫 ） ・介護の負担 1日（ 8 ）時間 週に（ 4 ）日程度 ・在宅サービスのご利用の割合 （ ※未記入で構いません↓ ） ※2カ月分のサービス提供票の写しを添付してください。（ ）% ・介護者の障害や疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ 腰痛、高血圧 ） ・ <input type="checkbox"/> 無 ・介護者の就労 <input checked="" type="checkbox"/> 8時間以上（高齢の為なし） <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> なし ・介護者が育児・看病がある <input type="checkbox"/> 常時育児、看病あり <input type="checkbox"/> 半日育児・看病あり <input type="checkbox"/> 臨時での育児・看病あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	家族等の介護協力について		
	・同居者の中で介護協力 <input type="checkbox"/> 週4日程度あり <input type="checkbox"/> 週1～3日程度あり <input checked="" type="checkbox"/> ほとんどない ・別居での血縁者の介護協力 <input type="checkbox"/> 週4日程度あり <input checked="" type="checkbox"/> 週1～3日程度あり <input type="checkbox"/> ほとんどない ・近隣者の介護協力 <input type="checkbox"/> 週4日程度あり <input type="checkbox"/> 週1～3日程度あり <input checked="" type="checkbox"/> ほとんどない		

氏名：美香 花子

身体及び日常生活動作の状況	視力	①. 正常 2. 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない		
	聴力	1. 正常 ②. 大声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない		
	会話	1. 正常 ②. やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない		
	歩行	1. 可能 2. 杖を使用して可能 3. 半介助 ④. 全介助 (車いすの使用： 無 ① 有 自走： 可 不可 移乗： 可 ① 不可)		
	食事	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 ③ 半介助 4. 全介助 内容：(主食) 1. 普通食 ② 粥 3. 粥(ペースト状) (副食) 1. 普通食 ② きざみ食 3. 流動食 4. 糖尿病食 5. 鼻腔栄養 6. 胃ろう ⑦. その他制限等(1日塩分6g以下)		
	排泄	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 ③ 半介助 4. 全介助		
	更衣	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 ③ 半介助 4. 全介助		
	入浴	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 ④ 全介助		
	身体障害等	① 無 ・ 有 (障害名 )		
	床ずれ	① 無 ・ 有 (部位と大きさ )		
精神及び行動の状況	認知症の状況	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ ② IIb IV ・ M (※ご担当のケアマネージャーに確認の上、○をつけて下さい。)		
	下記の問題行動について、項目ごとに該当する数字を記入して下さい。 ・問題行動がない場合は「1」を記入 ・1ヶ月に1回以上ある場合は「2」を記入 ・1週間に1回以上ある場合は「3」を記入			
	被害妄想になる	2	感情が不安定になる	2
	幻覚や幻想がある	2	暴言や暴行がある	1
	夜間不眠や昼夜逆転がある	3	徘徊がある	1
	大声や奇声を発する	2	不潔行為がある	1
	収集癖や盗癖がある	1	自傷行為がある	1
	異食行為がある	1	嘘をつくことがある	1
	認知症等の状況や問題行動で困っている点を記入して下さい。 感情的になり泣いてしまう事がある。夜間熟睡できない事も増えており時折大声で誰かを呼ぶことがある。その為日中に食事を摂らないことも増えている。 時々、子どもがそこにいるといった幻視を訴えることが月に数回ある。			