

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

記入日 平成・令和 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 _____

フリガナ

氏名 _____（男・女）

明・大・昭

生年月日 _____年 月 日 _____（ 歳）

電話番号 _____

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)		続柄	
	氏名			
	(郵便番号)	(〒 —)		
	住所			
	電話番号			

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・令和 _____年 _____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：	年齢： 歳	性別： 男 ・ 女			
要介護状態区分	※要支援1・2（グループホーム希望者のみ） 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
介護被保険者番号	市・区・町・村					
介護認定有効期間	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日					
入所希望時期	1. 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	1. 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）
		同・別				
		同・別				
		同・別				
		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） （必須）	<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 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 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. <u>要介護1・2の方</u>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> <p>◎ 「2. のチェックした箇所に関する具体的な状況やお考え」を記載して下さい。</p>					
	<p>（要介護1～2の方は必ず記載）</p>					

氏名：

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・有 自走：可・不可 移乗： 可・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()
	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	無 ・ 有 (障害名)
	床ずれ	無 ・ 有 (部位と大きさ)

精神及び行動の状況	認知症の状況(必須)	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ※介護認定を受けた主治医またはご担当のケアマネジャーにご確認下さい。
	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	感情が不安定になる
	幻覚や幻想がある	暴言や暴行がある
	夜間不眠や昼夜逆転がある	徘徊がある
	大声や奇声を発する	不潔行為がある
	収集癖や盗癖がある	自傷行為がある
	異食行為がある	嘘をつくことがある
	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。	
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	