

特別養護老人ホーム けやき・らんらん 入所申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム けやき  
らんらん

施設長宛 申請者 <sup>ふりがな</sup>氏名 続柄:

住所:  
連絡先電話番号:( ) —

特別養護老人ホームけやき・らんらんに、次のとおり入所を申し込みます。

入所希望者の状況  <b>*必須</b>	ふりがな		性別	男	・	女	
	氏名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 (満 歳)			
	住所	家族と <input type="checkbox"/> 同一世帯 [誰と: ] <input type="checkbox"/> 別世帯である					
	介護保険	被保険者番号		保険者			市町
		要介護度	1・2・3・4・5・新規申請中・区変中				
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
		負担割合	1割・2割・3割				
		負担限度額認定証	なし・あり				
		担当ケアマネージャー	いる・いない 事業所名: 氏名:				
	医療費助成 受給年金 等	<input type="checkbox"/> 健康保険種別: 後期高齢者医療保険証・国民健康保険証					
<input type="checkbox"/> 生活保護受給: なし・あり							
<input type="checkbox"/> 障害者手帳: なし・あり [ 級]							
<input type="checkbox"/> 医療費助成: なし・あり ↓該当するものすべてを選択してください							
1. 障害者医療費受給者証 2. 後期高齢者(国保)標準負担額減額認定証 3. 特定医療費(指定難病)受給者証 4. その他:							
現在の状況	<input type="checkbox"/> 年金種類: 国民・厚生・共済・恩給・遺族・その他:						
	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他(同居家族: )						
	<input type="checkbox"/> 病院や老人保健施設、介護施設等に入院または入所している 病院または施設の名称: 入院(入所)日: 年 月 日 から入院(入所)している 退院(退所)要請: なし・あり ⇒期限:						

サービス利用状況	サービス種類 (デイ・訪問看護・福祉用具など)	1ヶ月の利用日数	事業所名

家族状況 *必須	家族構成を記入し、主に介護に携わっている方は備考欄に◎を付けてください					
	備考	ご家族氏名	続柄	年齢	職業	病気や障害等の有無

介護の状況 *必須	※主たるもの一つだけにチェックをいれてください。
	介護する者が、 <input type="checkbox"/> 高齢・疾病・障害等の理由により 介護が困難である <input type="checkbox"/> 遠距離在住等別居状態にあり 十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 就業・育児等の理由により 十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での 十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 介護者はいない <input type="checkbox"/> その他 ( )

入所希望理由	※入所検討理由やいまお困りのこと、知らせておきたい事項などをご記入ください。
--------	--

入所の意向	<b>■入所希望施設</b> <input type="checkbox"/> らんらん・けやきどちらでも <input type="checkbox"/> らんらん <input type="checkbox"/> けやき
	<b>■入所希望時期</b> <input type="checkbox"/> 今すぐ希望 <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所希望 <input type="checkbox"/> 数年後

医療状況 *必須	治療中の病気や既往歴	病名	医療機関名	発症時期・期間
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
	医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服薬のみの治療 <input type="checkbox"/> あり → ※現在受けているものに○をつけて下さい。 <b>1. 経管栄養 (鼻腔栄養)    2. 胃ろう    3. 尿カテーテル    4. インスリン注射</b> <b>5. 在宅酸素    6. ペースメーカー    7. その他 ( )</b>		

本人様の 身体状況 ・ 介護状況 *必須	麻痺	なし ・ あり 部位：	
	拘縮	なし ・ あり 部位：	
	痛みや不調	なし ・ あり ↓症状をお書きください	
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食：常食 ・ 軟飯 ・ 粥 ・ 流動食 ・ 補助食品（ ） 副食：常食 ・ 一口大 ・ きざみ ・ やわらか ・ ムース ・ ミキサー食 飲み込み：むせない ・ 時々むせる ・ よくむせる ・ 水分でむせる 水分系とろみ剤の使用：なし ・ 弱程度 ・ 中程度 ・ 強め	
		排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 昼間    トイレ・Pトイレ・布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット・尿カテーター 夜間    トイレ・Pトイレ・布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット・尿カテーター
			<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 施設・デイサービスにて <input type="checkbox"/> 訪問入浴   頻度（    回/週） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移 動	歩行可能→ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー	
		車椅子使用→ <input type="checkbox"/> 自走可能 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	視 力	<input type="checkbox"/> 支障はなし <input type="checkbox"/> 弱視（右・左） <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 全盲	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 支障はなし <input type="checkbox"/> やや難聴（右・左） <input type="checkbox"/> 難聴（右・左） <input type="checkbox"/> 補聴器	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できない	
	認知症状	<input type="checkbox"/> なし	
	あてはまるもの 複数 選択可	<input type="checkbox"/> 記憶力の低下 …直前の記憶がない、同じことを繰り返す	
<input type="checkbox"/> 理解・判断力の低下 …言葉の意味を理解できない、簡単な質問が難しい			
<input type="checkbox"/> 時間・場所・人の認識困難 …季節や時間や場所、一緒にいる人がわからない			
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 …昼間寝て夜起きる、夜間見守りの必要がある			
<input type="checkbox"/> 常時徘徊 …あてもなく歩きまわる、突然いなくなる危険がある			
<input type="checkbox"/> 幻覚、妄想 …実際にはないことを訴える、見えないものと会話する			
<input type="checkbox"/> 介護拒否・抵抗 …介護されることを嫌がる、抵抗する			
<input type="checkbox"/> その他 …			

ご本人の状況をより詳しく把握するため、施設が必要な場合は、関係各所に利用状況等の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。また、「指定介護老人福祉施設入所指針」に基づき、県や市による介護保険施設入所希望者調査へ個人情報を利用することがあります。よろしければ下記にご署名下さい。

本人氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

※申込書の有効期間は受付日より **5年間**と致します。

※お申し込み後、ご本人の状況（介護度や心身の状況・所在等）及び介護をしている方の連絡先や状況などに変化があった場合は、速やかに施設までご連絡くださいますようお願い致します。

※特例入所に該当する要件（要介護1・2である方）

要介護度1又は2の方が入所するには、下記のいずれかに該当することが必要です。また、入所判定に際して保険者市町村から居宅サービスの利用状況や生活支援等の提供体制に関する状況等について情報提供を受けることがあります。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。

- 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
- 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
- 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
- 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

こちらに介護保険証のコピーを  
添付してください。

向きは縦・横どちらでもかまいません。

介護保険被保険者証		要介護○	給付制限
被保険者	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	開始 終了
	住所	&△県%\$市○○町3丁目2番1号	開始 終了
	氏名	カチ #%ら\$子	開始 終了
生年月日	平成△△年○○月××日 出 女	認定の有効期間	平成△△年○○月××日 ~ 平成△△年○○月××日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	〇〇〇〇〇〇 %\$市 %\$市印	居宅サービス等	区分支給原単位基準額 平成△△年○○月××日 ~ 平成△△年○○月××日 1月あたり 〇〇,〇〇〇 単位
		(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類 種類支給限度基準額
		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
			介護保険施設等
			種類 名称 入所等年月日 平成 年 月 日 退所等年月日 平成 年 月 日
			種類 名称 入所等年月日 平成 年 月 日 退所等年月日 平成 年 月 日