

社会福祉法人みなの福祉会 入所施設利用申込書(特養優先入所申込書)

社会福祉法人みなの福祉会

統括施設長 山中章司 様

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

次の通り貴法人施設の入居を申し込みます。

申込者	<input type="checkbox"/> 本人	(ふりがな) 氏名		男
			(印)	女
	家族(関係)	住所	〒	
	連絡先	自宅 () -		
		携帯 - -		
入居予定者		(ふりがな) 氏名		
			男	
			女	
	生年月日	明・大・昭	年	月
			日	(歳)
	ご住所	〒 -		
世帯状況		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他(
		入院中: 病院名(
		他施設に入所: 施設名(

施設事業所	要件	要件該当
特別養護老人ホーム	介護3以上	
ケアハウス	60歳以上、夫婦等の場合はどちらかが60歳以上。	
グループホーム	要支援2以上、認知症の診断書、秩父郡市に住所。	

入所を希望する理由(複数選択)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため。
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが障害や疾病を抱え介護が困難。
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難。
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが就業中のため十分な介護が困難。
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが育児や家族の看病のため十分な介護が困難。
	<input type="checkbox"/> 施設入所中だが他の施設に変わりたい。
	<input type="checkbox"/> 自らの希望、将来を考えて。
	<input type="checkbox"/> 他の理由(
	<input type="checkbox"/> の具体的な事由
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期の入居を希望する。 <input type="checkbox"/> 年 月頃まで。

施設 申込 状況	<input type="checkbox"/> 当法人のみの申込み
	<input type="checkbox"/> 他法人への申込み有
	▶施設名() :所在地 ()待機:約 年
	▶施設名() :所在地 ()待機:約 年
	▶施設名() :所在地 ()待機:約 年

<特別養護老人ホームにお申込みの場合>

私は、入居申し込みの際、入居決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。

年 月 日

氏 名 (印)

*** 特別養護老人ホームに入居申込みをされる方へ**

「優先入所取扱い要綱」をよくお読みいただき、上の確認欄にご署名・ご捺印下さい。

認定調査票(写)、医師の意見書(写)、介護保険被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付して下さい。

現在利用している在宅サービス状況には内容や事業所等具体的な内容を記入して下さい。

優先入所を希望する理由の()には、その具体的理由を記入して下さい。

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当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。

《 入居予定者概況 》

入居予定者	(ふりがな) 氏名			男	
				女	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日 (歳)		
	ご住所	〒 -			
連絡先		要介護度			
ご家族の連絡先	(ふりがな) 氏名			男	続柄
				女	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日 (歳)		
	ご住所	〒 -			
連絡先		要介護度			

要介護認定/	1	2	3	4	5	介護認定期間	
要支援認定/	1	2	非該当			年 月 日 ~ 年 月 日	
保険者					被保険者番号		
居宅介護支援事業所	事業所名			担当介護支援専門員			
有・無	☎ /			FAX			
介護支援専門員への確認同意	<input type="checkbox"/> 同意する		<input type="checkbox"/> 同意しない				
入院中: 病院名(
他施設に入所: 施設名(

主たる介護者	(ふりがな) 氏名			男	女	
				本人との関係/		
	生年月日	年 月 日 (歳)				
	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 人				
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:				
	介護期間	年 月頃から (年 カ月位)				
	就労	常勤 ・ パート * <input type="checkbox"/> 夜勤あり			無	
	育児	育児がある <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日位 <input type="checkbox"/> 時々			無	
	複数介護	入居予定者以外の介護もある <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日位 <input type="checkbox"/> 時々			無	
	介護者の健康状態	良好	不良: 状態			
家族の健康状態	良好	不良: 状態				

従たる介護者	有	<input type="checkbox"/> 同居	男	女	年齢 歳/本人との関係:	
		<input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____)				
		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能				
		<input type="checkbox"/> 主たる介護者と共同で介護 <input type="checkbox"/> 交代で介護している <input type="checkbox"/> 一時的に介護				
無	※同居者、別居者いずれにも従たる介護者はいない					

現在利用しているサービス	訪問介護	回/月(事業所:内容)
	訪問入浴	回/月(事業所:内容)
	訪問看護	回/月(事業所:内容)
	訪問リハビリ	回/月(事業所:内容)
	居宅療養管理指導	回/月(事業所:内容)
	通所介護	回/月(事業所:内容)
	通所リハビリ	回/月(事業所:内容)
	福祉用具	回/月(事業所:内容)
	短期入所生活	回/月(事業所:内容)
	短期入所療養	回/月(事業所:内容)
	その他	回/月(事業所:内容)
.....		
.....		
.....		

認知症	症状の程度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	無
	不適応行動	無し 少し有り やや多い 非常に多い	
	(不適応行動の具体的内容)		
.....			
.....			
.....			

掛かり付け病院	主治医
現在の主な病気 (複数記載可)
医療的な状況	【現在治療中の病気等】

既往歴* できるだけ詳しく お願ひします	病名等(該当するものに○)	病院受診・入院歴等	手術・病名等
	心疾患・肺疾患・脳疾患 消化器系疾患・骨折等	年 月頃 病院名()	手術 無 有(病名)
	心疾患・肺疾患・脳疾患 消化器系疾患・骨折等	年 月頃 病院名()	手術 無 有(病名)
	心疾患・肺疾患・脳疾患 消化器系疾患・骨折等	年 月頃 病院名()	手術 無 有(病名)
	心疾患・肺疾患・脳疾患 消化器系疾患・骨折等	年 月頃 病院名()	手術 無 有(病名)
	その他	年 月頃 病院名()	手術 無 有(病名)

障がい・後遺症 のある場合、 きっかけとなった 疾病	
-------------------------------------	--

現在の状態				
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	主食	ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー		
	副食	普通 ・ 刻み ・ 一口刻み ・ ミキサー ・ 減塩食		
	用具	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ エプロン ・ その他()		
	アレルギー	無	有	
食事量	主食	多い ・ 普通 ・ 少ない	副食	多い ・ 普通 ・ 少ない

排泄	普通トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 失禁用パンツ ・ 紙パンツ・ 尿取パット ・ 紙オムツ ・ 布オムツ ・ バルーン ・ ストーマ
----	--

移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 歩行 ・ 杖 ・ 四点杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子
----	---

移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助()
----	--------------------

入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 一般浴槽 ・ 特殊浴槽 ・ リフト浴
----	---------------------------------------

更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	視力	普通 ・ 弱視 ・ 全盲
聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 ・ 聾	会話	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由

ご本人の生活歴など			
生まれた土地		都・道・府・県	市・区・町・村
主に育った土地		都・道・府・県	市・区・町・村
主な仕事			結婚年齢 / 歳

ご家族				
	続柄	氏名	年齢	住所
配偶者				
子供1				
子供2				
子供3				
子供4				
子供5				
その他				
その他				

ご本人の状態、様子、また同居のご家族について、また特別養護老人ホームへの入所を希望する(在宅で介護できない)理由を自由にご記入下さい。

入所後の生活希望	ご本人の希望	
	ご家族の希望	

- * 自立→全て自分でできる。 * 一部介助→多少介助が必要。 * 全介助→全てを介護者が行う。
- * バルーン→膀胱に管が入っていて、尿をバックに溜められるようになっている。
- * ストーマ→人工肛門。腹部に開けた穴から便を外に出して、バックに溜める。
- * 一般浴槽→普通の浴槽。 * 特殊浴槽→寝たきりの方が横になった状態のまま入浴できる浴槽。
- * リフト浴→車椅子のまま入浴したり、主に座った状態で入浴する。
- * 移乗→車椅子からベットやトイレの便座などへの乗り移り、またその逆の行為。