**萩市特別養護老人ホームかがやき入所申込書**

当施設は、入所の必要性の高い方から入所していただけるよう、入所選考委員会で入所の優先順位を決定する方式をとっています。この入所申込書の内容は、入所選考委員会の資料として重要ですので、記入漏れのないようにお願いします。

**注 意 事 項**

① 黒または青のボールペン等を使用し、楷書でわかりやすく記入して下さい。

② 記入の際、□がある欄は✓印を付し、その他は記入して下さい。

③ 判断に迷う場合は、より近い状況、頻度の多い状況で記入して下さい。

④ 入所申込みの受付けには、申込書最後部の入所順位決定方法同意欄および個人情報提供同意欄で同意が必要ですので記入をお願いします。

⑤ 現在、在宅で介護サービスを利用中の方は、居宅介護支援事業所等の発行する「サービス利用票」および「サービス利用票別表」の当月分（申込み時）を含む過去3ヶ月間の写しを必ず添付して下さい。添付がない場合は、在宅介護サービスの利用は無かったものとさせていただきます。なお、添付された写しは返却できませんのでご了承下さい。

⑥ 入所申込書の内容は、入所選考の判断資料となります。

⑦ 入所申込書に記入漏れ等の不備があった場合でも、そのまま入所選考委員会で選考を行いますのでご注意下さい。

⑧ 入所希望者または介護者の状況等に変更があった場合は、入所申込書を再度提出して下さい。その際、「記入年月日」欄横の「□変更」に✓印を付して下さい。

⑨ 当施設が入所申込書を受付けた方には、入所申込者宛（申込代行者がいる場合は申込代行者宛）に「入所申込書受付票」を送付いたします。

⑩ 入所申込の際、入所対象者でないことが明らかな場合には入所申込を断ることがあります。

**１．入所申込者（本人）の氏名等**

※記入年月日を記入し、初めての方は「□新規」に✓印 を付し、入所希望者本人を記入して下さい。

**記入年月日　　令和　　　　年　　　　月　　　　日　（　新規　　変更　）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　　　　　　人 | フリガナ  本人氏名 |  | | 年　齢 | | 満　　歳 |
| 性　別 | | 男　　　女 |
| 現住所 | 〒　　　　　　－ | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　月　　日 | 電　話 | | - - | |

＊ご家族等が申し込みをされる場合は、以下の欄にもご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込代行者 | フリガナ  代行者氏名 |  | | | 本人から見た続柄 | |
|  | |
| 現住所 | 〒　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅電話　　　　　- - | | | | |
| 連絡先 | 職場等 |  | 電　話 | | - - |

**２．入所申込者の状況等**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険 | 保険者番号 | | |  | | | | | 被保険者番号 | |  | | |
| 要介護認定 | 要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５　変更中　申請中 | | | | | | | | | | | | |
| （認定期間）　平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日　～　平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険 | 種　別 |  | | | | | | | | 記号・番号 |  | | |
| 年金等 | 有り　無し | | | | 種　別 | |  | | | | | | |
| 障害手帳等 | 有り　無し | | | | 種　別 | |  | | | | | | |
| 現在の在所 | 持家　借家 独居　老夫婦世帯　子供等との二人世帯　それ以外の世帯 | | | | | | | | | | | | |
| 病院や介護老人保健施設に入院（入所）している  老人ホームに入所している　　その他 | | | | | | | | | | | 入院（入所）期間 | |
| 約　　　年　　　ヶ月 | |
| 入院（入所）先の施設名 | | | | | | |  | | | | | |
| 入院（入所）先電話番号 | | | | | | |  | | | | | |
| 家族構成 |  | | | | | | | | | | | | |
| 待機期間 | 年　　　　ヶ月　（当施設に入所申込から） | | | | | | | | | | | | |
| 身体の状況 | 移　動 | | 自立　杖または伝え歩き　はう　歩行器　車いす　寝たきり | | | | | | | | | | |
| 食　事 | | 自力で食べられる　　一部介助が必要　　全部に介助が必要 | | | | | | | | | | |
| 食事内容 | | | 普通食　　おかゆ　　ミキサー食　　流動食 | | | | | | | |
| 排　泄 | | 自力でトイレ　　介助でトイレ　　尿パッドのみ　　オムツが必要 | | | | | | | | | | |
| 入　浴 | | 自力で可能　　一部介助が必要　　寝たきり対応の入浴が必要 | | | | | | | | | | |
| 更　衣 | | 自力で可能　　一部介助が必要　　全部に介助が必要 | | | | | | | | | | |
| 視　力 | | 普通　　大きな字は見える　　人の動きはわかる　　見えない | | | | | | | | | | |
| 聴　力 | | 普通　　大声なら聞こえる　　耳元なら聞こえる　　聞こえない | | | | | | | | | | |
| 言　語 | | 普通に話せる　　聞き取りにくい　　聞き取れない | | | | | | | | | | |
| 物忘れ等 | 慣れない場所で道に迷う、買物や事務、金銭管理等それまではできたことにミスが目立つ等がある。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ⅱa | | | | | | | | | | | | 有る　無い |
| 服薬の管理ができない、電話の応対や訪問客との応対など一人で留守番できない等がある。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ⅱｂ | | | | | | | | | | | | 有る　無い |
| 着替えができない、排泄を失敗する、食事することができない、同じことを何度も聞く、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等がある。  Ⅲ・Ⅳ | | | | | | | | | | | | 有る　無い |
| せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動等がある。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ⅴ | | | | | | | | | | | | 有る　無い |
| 医療的処置  ※複数回答可 | 点滴が必要　　透析が必要　　人工肛門がある　　酸素療法が必要  人工呼吸器が必要　　経管栄養である　　気管切開の処置がある  常時吸引が必要　床ずれの処置がある　　インシュリン注射がある  ※現在治療中の病気があれば記入して下さい。      ※受診されている医療機関を記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | |
| 本人の意向 | 入所を希望している　　迷っている　　自宅での生活を希望している  本人には知らせていない　　本人の意向が確認できない  その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 入所希望の理由  ※複数回答可 | 身寄りがないなど介護する者がいない。  介護する者が、遠距離や入院中などにより介護できない。  介護する者に、要介護状態・病気療養中・障害等があり介護が困難。  介護する者が、高齢等により十分な介護が困難。  介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況で介護が困難。  住宅の構造上、自宅での介護が困難。（倒壊や半壊、著しい老朽化や不良等）  病院等から退院（退所）を求められているが、自宅での介護が困難。  その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 特例入所を希望する理由  （要介護１又は２の方のみ記入） | 認知症であり、日常生活に支障をきたすような症状・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、日常生活に支障をきたすような症状・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。 | | | | | | | | | | | | |
| 入　　　所  希望時期 | 今すぐ入所したい  　　　　　　年　　　　　　月頃までに入所したい | | | | | | | | | | | | |
| 他施設への申込み状況 | 当施設のみに申し込んでいる  他の施設にも申し込んでいる （施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | 利用している　　利用していない　　※利用中の方は事業所名を記入して下さい。  事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　－　　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | ※優先的な入所の判断において、特に考慮すべき事項があれば記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | |

**３．介護者の状況等**

※本人が入院（入所）中の場合は、退院（退所）した場合でお答え下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主な介護者  の状況 | フリガナ  氏　　　名 | |  | | 性別 | 男  　女 | 年齢 | 満　　歳 |
| 本人から見た続柄 | | |  | 本人との同居 | | 同居　　別居 | |
| 就労状況 | フルタイムの仕事あり　　パートまたはアルバイト　　無職 | | | | | | |
| 就労時間 | 昼間　　午前半日　　午後半日　　夜間　　不規則 | | | | | | |
| 障害状況 | 健常者　　障害者（　　級）　　要支援・要介護認定を受けている | | | | | | |
| 心身の状況 |  | | | | | | |
| 介護者の  有無 | ※介護者の状況について✓印を付して下さい。  介護者なし　　同居の介護者あり　　　同居の高齢（65歳以上）介護者あり  別居の介護者あり　　　不明 | | | | | | | |
| 他の援助者  ※複数回答可 | ※主な介護者以外の援助者について✓印を付して下さい。続柄は本人から見た続柄でお答え下さい。  配偶者　　　子供　　　孫　　　兄弟姉妹　　　甥・姪　　　友人・近所の人  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　介護を手伝ってくれる人はいない | | | | | | | |
| 申込者の  状況 | 本人申し込み　家族申込（本人同意）　家族申込（本人不同意）  その他　　　不明 | | | | | | | |

**４．入所順位決定方法同意欄**

|  |
| --- |
| 入所申込みに際し、別紙「入所案内」の入所順位の決定方法について同意します。  令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　入所申込者（本人）氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 込 代 行 者 氏 名 |

**５．個人情報提供同意欄**

|  |
| --- |
| 入所選考に資するため、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、国、県及び市町村または児童・民生委員に対し、入所申込者（本人）の心身の状況、介護者の状況、居宅介護サービスの利用状況等の必要な個人情報の提供を求め、または個人情報を提供することに同意します。  令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　入所申込者（本人）氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 込 代 行 者 氏 名 |

※入所申込書の記入についてご不明な点がありましたら下記にお問い合わせ下さい。

|  |
| --- |
| **≪お問い合わせ先≫**  　　　　　　　〒758-0061　萩市大字椿３４６０－２　　**TEL**　**０８３８－２４－４１１１**  萩市特別養護老人ホーム　かがやき　　担当　　松尾　・安藤　・白井　・田村　・河﨑  窓口時間 午前９時～午後５時まで  （注）公休のため担当が不在な場合があります。 |

施設記入欄（※以下には記入しないで下さい。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理状況欄 | | | | | | |
| 申込書受付日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | 申込書受付者 |  | 担当者確認 | □済み |
| 受付票の発送 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | □送付済み　　　　　　　□窓口渡し済み | | | |
| 入　所　申　込　み　の　留　保　･　取　り　下　げ　に　関　す　る　事　項 | | | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
| 備考欄 |  | | | | | |