

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 変更中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	種別		
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	種別		
現在の在所	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 子供等との二世帯 <input type="checkbox"/> それ以外の世帯 <input type="checkbox"/> 病院や介護老人保健施設に入院(入所)している			
	<input type="checkbox"/> 老人ホームに入所している <input type="checkbox"/> 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)			
身体状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖または伝え歩き <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり		
	食事	<input type="checkbox"/> 自力で食べられる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部に介助が必要 食事内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食		
		排泄	<input type="checkbox"/> 自力でトイレ <input type="checkbox"/> 介助でトイレ <input type="checkbox"/> 尿パッドのみ <input type="checkbox"/> オムツが必要	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たきり対応の入浴が必要		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部に介助が必要		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字は見える <input type="checkbox"/> 人の動きはわかる <input type="checkbox"/> 見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元なら聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 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。 <small>IIa</small>		<input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 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。 <small>IIb</small>		<input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 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。 <small>III・IV</small>		<input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 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。 <small>V</small>		<input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 無い	

<p>医療的処置 ※複数回答可</p>	<p><input type="checkbox"/>点滴が必要 <input type="checkbox"/>透析が必要 <input type="checkbox"/>人工肛門がある <input type="checkbox"/>酸素療法が必要 <input type="checkbox"/>人工呼吸器が必要 <input type="checkbox"/>経管栄養である <input type="checkbox"/>気管切開の処置がある <input type="checkbox"/>常時吸引が必要 <input type="checkbox"/>床ずれの処置がある <input type="checkbox"/>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。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>※受診されている医療機関を記入して下さい。</p> <p>_____</p>
<p>本人の意向</p>	<p><input type="checkbox"/>入所を希望している <input type="checkbox"/>迷っている <input type="checkbox"/>自宅での生活を希望している <input type="checkbox"/>本人には知らせていない <input type="checkbox"/>本人の意向が確認できない <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>
<p>入所希望の理由 ※複数回答可</p>	<p><input type="checkbox"/>身寄りがないなど介護する者がいない。 <input type="checkbox"/>介護する者が、遠距離や入院中などにより介護できない。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>介護する者が、高齢等により十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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) <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>その他(_____)</p>
<p>特例入所を希望する理由 (要介護1又は2の方のみ記入)</p>	<p><input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <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。 <input type="checkbox"/>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。</p>
<p>入所希望時期</p>	<p><input type="checkbox"/>今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月頃までに入所したい</p>
<p>他施設への申込み状況</p>	<p><input type="checkbox"/>当施設のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/>他の施設にも申し込んでいる(施設名:_____)</p>
<p>居宅介護支援事業所</p>	<p><input type="checkbox"/>利用している <input type="checkbox"/>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 _____)</p>
<p>特記事項</p>	<p>※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。</p> <p>-----</p>

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	満 歳
	本人から見た続柄		本人との同居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	就労状況	<input type="checkbox"/> フルタイムの仕事あり <input type="checkbox"/> パートまたはアルバイト <input type="checkbox"/> 無職				
	就労時間	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 午前半日 <input type="checkbox"/> 午後半日 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 不規則				
	障害状況	<input type="checkbox"/> 健常者 <input type="checkbox"/> 障害者(級) <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護者なし <input type="checkbox"/> 同居の介護者あり <input type="checkbox"/> 同居の高齢(65歳以上)介護者あり <input type="checkbox"/> 別居の介護者あり <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 友人・近所の人 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない					
申込者の状況	<input type="checkbox"/> 本人申し込み <input type="checkbox"/> 家族申込(本人同意) <input type="checkbox"/> 家族申込(本人不同意) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 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ござい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・河崎

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	<input type="checkbox"/> 済み	
受付票の発送	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 送付済み		<input type="checkbox"/> 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									