

(様式1)

標準入所申込書

申込日	20××年 ×月 ×日	受付日	年 月 日
受付番号		受付時刻	午前・午後 時 分
受付者名			

※太枠内は施設側で記入

特別養護老人ホーム よもぎの里愛の丘 施設長 殿

申込者（連絡先）

住所	〒××××-××××× ●●●●●市●●● ××××-× ●●●マンション ×××号室		
(フリガナ)	ヨモギ ハナコ	電話番号	090-××××-××××
氏名	よもぎ 花子	FAX・Eメール	xxxxx@kirakukai.or.jp

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の情報	(フリガナ)	ヨモギ イチロウ	性別	男・女	年齢	××歳
	氏名	よもぎ 一郎	生年月日	明治・大正・昭和	×年××月××日	
	住所	〒××××-××××× ●●●●●市●●●	住民登録	●●● 市・区・町・村		
		××××-× ●●●マンション ×××号室	電話番号	080-××××-××××		
	介護保険	被保険者番号	1234567890[介護保険証の番号を記入]			
	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 checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
		(認定期間)	令和×年 ×月 ×日 ~ 令和×年 ×月 ×日			
	※更新申請中の場合(申請日: 年 月 日)					
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input checked="" type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
	健康保険	種別	後期高齢者医療保険	記号・番号	12345678	
年金等	種別	老齢基礎年金・厚生年金				
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 手帳の種類 (障害名) (判定 級(度) 年 月 日)					
現在の状況及び介護サービスの利用状況	1 施設等 <input type="checkbox"/> 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input checked="" type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 軽費 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(サービス付き高齢者向け住宅含む) <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> その他()					
	● 入所・入居中の施設 ・施設名【 介護老人福祉施設 ●●●●● 】 ・所在地【 ●●● 市・区・町・村】 ・入所・入居期間【 令和×年 ×月 ×日 ~ 現在 】					
2 病院 (入院が必要となった理由: ●●●骨●●●部骨折) ● 入院中の病院 ・病院名【 ●●●●●病院 ●●●●●科 】 ・所在地【 ●●● 市・区・町・村】 ・入院期間【 令和×年 ×月 ×日 ~ 入院中 】						

入所希望者の情報	現在の状況及び介護サービスの利用状況	
	<p>3 在宅等 ※【 】は事業者名を記入</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問介護（週 回）【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護（週 回）【 】</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護（週 1 回）【 ●●●訪問看護 】</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション（週 回）【 】</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 通所介護（週 2 回）【 ●●●デイケアセンター 】</p> <p><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（週 回）【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（最近3カ月の利用日数合計 日）【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（最近3カ月の利用日数合計 日）【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護【 】</p> <p><input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護【 】</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>	
入所希望者の状況	食事	<p>状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可</p> <p>食事形態 主食 <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他（ ） 副食 <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤の使用（<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）</p>
	排泄	<p>状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>尿意 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>便意 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>下着 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> オムツ（<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜） <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ（<input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input checked="" type="checkbox"/> 夜） <input type="checkbox"/> パッド（<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜）</p> <p>場所 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	方法	<input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護サービス <input checked="" type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	拒否	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある
	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器（ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定） <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子（自操 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可） <input type="checkbox"/> 寝たきり
動作等	立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
	座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
	外出	<input checked="" type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input checked="" type="checkbox"/> 見えにくい（ <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡使用） <input type="checkbox"/> 見えない（ <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右）
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい（ <input type="checkbox"/> 補聴器使用） <input type="checkbox"/> 聞こえない（ <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右）
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input checked="" type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
	意思	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input checked="" type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない
	麻痺の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他）
睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	
嗜好品等	飲酒	<input checked="" type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（量 ）
	タバコ	<input checked="" type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（ 本/日）
※ ご本人の心身状況を把握している方が正確にお書きください。ご不明な点は担当ケアマネージャー等にご相談下さい。		

入所希望者の情報	認知症の状況	1 <input type="checkbox"/> 無
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食（食物以外のものを口に入れる） <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 自傷（自分を傷つける行為） <input type="checkbox"/> 他傷（他人を傷つける行為） <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不快な音を立てる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 自殺願望 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 幻視・幻覚症状 ）
		※ 上記内容を具体的に記入して下さい。 例：屋内に他人や動物が見えるらしい。奇妙な言動がある。最近は「うちに帰ろう」という発言が多い。 昨年●月に、●●病神経内科にて、レビー小体型認知症の診断を受ける。
※ 申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません。		
医療情報	医療的処置	1 <input type="checkbox"/> 無
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 常時吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	【既往歴】 入院の有無及び年月	結核の既往（ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無） 入院・手術：白内障（左右）××××年「●●病院」 ※ 入院していた場合はその時期もご記入下さい。（入院●年●月～▲年▲月）
	【現病歴】 入院の有無及び発病年月	2022年4月1日 右大腿骨転子部骨折、●●病院入院 2022年4月6日 手術 2022年4月30日 退院予定 ※ 入院している場合は入院時期もご記入下さい。（入院●年●月～）
	内服薬	●●錠 5mg(●●製薬) 1日1回朝食後服用
	特記事項	令和×年×月、エスカレーターにて転倒、腰椎圧迫骨折、以来車椅子使用。 手術不能(●●病院整形外科)の診断により、令和×年×月より週1回●●の注射(●●整形外科)を開始。計52回を終える。この2年間体調は徐々に悪化している。
生活支援サービス等の情報 ※ 生活支援サービス等とは、介護保険制度の訪問介護、通所介護等以外のサービスで、市民、NPO、市からの委託等によるサービスのことで	1 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 見守り（週 回） <input type="checkbox"/> 配食（週 回） <input type="checkbox"/> サロン（週 回） <input type="checkbox"/> 身体介護（週 回） <input type="checkbox"/> ミニデイ（週 回） <input type="checkbox"/> 掃除（週 回） <input type="checkbox"/> 洗濯（週 回） <input type="checkbox"/> ゴミ出し（週 回） <input type="checkbox"/> 口腔ケア（週 回） <input type="checkbox"/> 機能訓練（リハビリ）（週 回） <input type="checkbox"/> 栄養改善・維持（週 回） <input type="checkbox"/> その他（週 回）（ ）	
入所希望者の意向 ※ 入所希望者が申し込んでいる場合を除く	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は住宅での生活を希望している <input checked="" type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他（ ）	

介護者や住居等の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、介護ができない <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、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にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難						
	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難						
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所（退院）を求められているが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での生活が困難 <input checked="" type="checkbox"/> その他（具体的に記載して下さい） 例：現在入院中だが、手術終了後もリハビリ入院にて対応することは困難との医師の判断有。 以前より悪化した状態での自宅介護は、介護者の条件もあり困難であるため。						
主な介護者	(フリガナ)	よもぎ ひまわり		性別	男・ 女	年齢	××歳
	氏名	よもぎ ひまわり		生年月日	大正・ <u>昭和</u> ・平成 ××××年 ××月 ××日		
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居					
	別居の場合 連絡先	住所 〒 —		電話番号 ()			
	入所希望者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input checked="" type="checkbox"/> いない					
	特記	(介護をしている上で特に困っていること等) ・介護者が高齢で介助する体力がない ・居住先のバリアフリー構造への改造不可					

その他	入所を希望する時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 必要な時期に入所したい <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい </div>			
	他施設の申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) 特別養護老人ホーム ●●●●●●			
	担当ケアマネージャー	氏名	あさみぞ 洋子	連絡先	電話 123 (456) 7890
		事業所名	●●●●ケアセンター		
備考					

おねがい 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をして下さい。事実と違う場合は優先順位が変更される場合があります。

説明確認欄	<div style="border: 2px solid blue; padding: 20px; text-align: center;"> <p>ここは来所時に記入します</p> </div>
同意書	

【施設使用欄】

特例入所の可能性	<p><input type="checkbox"/> 非該当</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 該当</p> <ul style="list-style-type: none"><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こと<input type="checkbox"/> 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こと<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こと<input checked="" 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こと
備考	<p>本標準入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所又は特例入所を考慮する必要がある場合などは、その状況について記入すること。</p> <div style="border: 2px solid #0056b3; background-color: #d9e1f2; padding: 20px; text-align: center;"><p>ここは施設側で記入します</p></div>