

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その1)

特別養護老人ホーム成島苑 施設長様

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

【申込者】

住所	〒	
(ふりがな)		本人との関係
氏名		
電話番号		

希望入居形態

第一希望 個室 ・ 多床室
第二希望 個室 ・ 多床室

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介 護 認 定 期 間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	現在利用している 在宅サービスの 状況	1 訪問介護 (ヶ月に 回/ 週間に 回) 2 訪問入浴介護 (ヶ月に 回/ 週間に 回) 3 訪問看護 (ヶ月に 回/ 週間に 回) 4 訪問リハビリテーション (ヶ月に 回/ 週間に 回) 5 通所介護 6 通所リハビリテーション (ヶ月に 回/ 週間に 回) 7 短期入所生活介護 (ヶ月に 回/ 週間に 回) 8 短期入所療養介護 (ヶ月に 回/ 週間に 回) 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 () 10 その他 ()			
		<input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている		施設または病院名: 所在地(市町村) 入所・入院期間 平成・令和 年 月 日 から	
	日常生活自立度 (別紙参照)	① IIIa以上 ② IIb ③ IIa ④ I・自立			
	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】 1点滴 2中心静脈栄養 3透析 4人工肛門 5酸素療法 6人工呼吸器 7気管切開 8疼痛管理 9経管栄養 10カテーテル 11褥瘡 12インスリン 【病名・既往歴】			
	優先入所を 希望する 理由 ↓ 当てはまるものに○をし ()の中に具体的な理 由を書いてください	1 介護者がいないため () 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため () 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため () 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () 5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため () 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい () 7 その他 ()			

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな)	性別		本人との関係
		氏名			
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	従たる 介護者	同居の区分	1同居 2別居(住所:) (連絡先:)		
		(ふりがな)	性別		本人との関係
		氏名			
	の 状 況	同居の区分	1同居 2別居(住所:) (連絡先:)		
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能		
		① 主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳代	60歳未満
	② 介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし
③ 主たる介護者が障害や疾病の状況にある	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし	
④ 主たる介護者の就労の状況	8時間以上 高齢で就労不能	4時間以上 8時間未満	4時間未満	なし	
⑤ 主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある	常時の育児・看病が必要 又は65歳以上の高齢世帯	半日育児・看病が 必要	時々育児・看病が 必要	なし	
⑥ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	ふつう	
⑦ 他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
⑧ 別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
⑨ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
そ の 他	優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい			
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:			
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由(要介護度1又は2のみ記載)				
説明 確認	入所判定及び入居待機者の状況把握に必要な場合は、施設や市町村、居宅介護支援事業所等から必要な情報を得ることに同意します。 令和 年 月 日 入所希望者氏名: 申込代理人氏名: (続柄)				

※1 認定調査表(写)、介護保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。

※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。

※3 優先入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。

※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。

※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断に当たっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでにできたことにミスが目立つ等	
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行為や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどれくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。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	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaと同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIと同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅サービスを続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設つの特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	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周辺症状が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門病棟を有する老人保健施設等での治療が必要になったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

記入例

特別養護老人ホーム 入所申込書(その1)

申込日	令和 2 年 〇 月 〇 日	受付者
受付日	令和 年 月 日	

【申込者】

住所	〒 〇〇〇-△△△ 山武市成東 〇-△-〇	
(ふりがな) 氏名	なるしま はなこ 成島 花子	本人との関係 妻
電話番号	0475(71)2350	

特別養護老人ホーム成島苑 施設長様

希望入居形態	個室	・	多床室
第一希望	個室	・	多床室
第二希望	個室	・	多床室

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

	(ふりがな) 氏名	なるしま たろう 成島 太郎		性別	保険者	山武市
	生年月日	明・大・昭 10年 3月 10日 (84歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5	
人	住所	〒 同上		介護認定 期間	平成・令和 1年 5月 1日から 令和 3年 4月 30日まで	
	現在利用している 在宅サービスの 状況	1 訪問介護 (1ヶ月に 12回/ 1週間に 3回)		6 通所リハビリテーション (月に 回/ 週間に 回)		
の	ケアマネージャー 情報	事業所名	せいとう居宅支援事業所	電話番号	0475-71-2350	
		担当者名(フリガナ)	千葉 あすか			
状	日常生活自立度 (別紙参照)	① IIIa以上 ② IIb ③ IIa ④ I・自立				
	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】 1点滴 2中心静脈栄養 3透析 4人工肛門 5酸素療法 6人工呼吸器 7気管切開 8疼痛管理 9経管栄養 10カテーテル 11褥瘡 12インスリン 【病名・既往歴】 糖尿病 高血圧				
況	優先入所を 希望する 理由 ↓ 当てはまるものに○をし ()の中に具体的な理 由を書いてください	1 介護者がいないため () 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため () 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため (妻と二人暮らし。妻も介護認定を受けており介護出来ない。) 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () 5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため () 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい () 7 その他 ()				

居宅サ
ビス利用
票をみて
記入

特別養護老人ホーム 入所申込書(その2)

介 護 者	主たる 介護者	(ふりがな)	なるしま はなこ		性別	本人との関係
		氏名	成島 花子		女	妻
	生年月日	明・大・昭 12年7月7日(80歳)				
	同居の区分	1同居				
介 護 者	従たる 介護者	(ふりがな)	さいたま みちこ		性別	本人との関係
		氏名	埼玉 道子		女	長女
	同居の区分	1同居 2別居(住所: 埼玉県川口市〇-△-□ (連絡先: 048-123-4567)				
	介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能				
の 状 況	② 主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳代	60歳未満		
	① 介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし	
	③ 主たる介護者が障害や疾病の状況にある	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし	
	④ 主たる介護者の就労の状況	8時間以上 高齢で就労不能	4時間以上 8時間未満	4時間未満	なし	
	⑤ 主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある	常時の育児・看病が必要 又は65歳以上の高齢世帯	半日育児・看病が 必要	時々育児・看病が 必要	なし	
	⑥ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	ふつう	
	⑦ 他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	同居家族なし	
	⑧ 別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
	⑨ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
そ の 他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 令和 2年 11月頃までには入所したい				
		1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 山武市〇町 1-2-3 施設名: 特別養護老人ホーム 〇〇〇				
	待機期間	年 月 日				
他	居室において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由(要介護度1又は2のみ記載)					
説 明 確 認	入所判定及び入居待機者の状況把握に必要な場合は、施設や市町村、居宅介護支援事業所等から必要な情報を得ることに同意します。 令和 2年 〇月 △日 入所希望者氏名: 成島 太郎 申込代理人氏名: 成島 花子 (続柄) 妻					

※1 認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。

※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。

※3 入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。

※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出してください。

※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

身体状況

氏名

視力	普通 (メガネ: 有 ・ 無) ・ 見えにくい ・ 見えない		
聴力	普通 (補聴器 有 ・ 無) ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない		
発語	普通 ・ 困難 ・ できない		
意思疎通	普通 ・ たまにできない ・ ほとんどできない ・ できない		
睡眠	眠れる ・ あまり眠れない ・ 不眠 ・ 昼夜逆転		
食欲	普通 ・ あまりない ・ 全くない		
病名 既往症	アレルギー	ない ・ ある	(内容) ()
	麻痺・拘縮	ない ・ ある	(部位) ()

その他の状況

加入健康保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> その他 ()
身障者手帳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 ()	種	級	<input type="checkbox"/> 被爆者手帳
介護保険負担限度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 第一段階	<input type="checkbox"/> 第二段階	<input type="checkbox"/> 第三段階 <input type="checkbox"/> 第四段階

日常生活状況

移動	自立 (杖歩行 有 ・ 無) ・ 歩行一部介助 ・ 車椅子 (自走・介助)				
特記					
食事	主食 () ・ 副食 () ・ 嗜好 ()				
	はし・ スプーン・ フォーク・ エプロン・ その他自助具 ()				
	嚥下 (普通 ・ 障害等) 治療食 ・ 制限 (なし ・ あり)				
特記	食事摂取 (全介助 ・ 一部介助)				
口腔	歯 (あり ・ なし) 義歯 (上 ・ 下) 部位 状態 (良 ・ 悪)				
	口腔ケア (自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)				
特記					
入浴	一般浴(個浴) ・ 中間浴 ・ 機械浴 ・ 入浴拒否 (あり ・ なし)				
	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
特記					
着脱	自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
特記					
整容	自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
特記					
排泄	自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 誘導				
	昼: トイレ ・ Pトイレ ・ 布パンツ ・ リハパン ・ オムツ				
	夜: トイレ ・ Pトイレ ・ 布パンツ ・ リハパン ・ オムツ				
	尿意(あり ・ 曖昧 ・ なし) 便意(あり ・ 曖昧 ・ なし)				
特記					
行動障害	攻撃的傾向 ・ 徘徊 ・ 帰宅願望 ・ 介護拒否 ・ 不潔行為 ・ 収集癖				
	性的異常行動 ・ 火水の不始末 ・ 異食 ・ 食べた事を忘れる ・ 奇声大声				
精神障害	幻覚 ・ 作話 ・ 幻想 ・ せん妄 ・ 依存傾向 ・ 自傷行為 ・ 心気傾向				
	不安傾向 ・ 被害妄想 ・ うつ傾向				

