

| | | | |
|-----|-------|-----|-------|
| 申込日 | 年 月 日 | 受付日 | 年 月 日 |
|-----|-------|-----|-------|

入 所 申 込 書

社会福祉法人 佐久平福祉会

特別養護老人ホーム

神川愛の郷 ホーム長 様

入所申込者

上記施設に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|--|-----|--|--|--|
| フリガナ | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 氏名 | | | | | | 明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳) | | | | | |
| 現住所 | 郵便番号 | | | | | 電話番号 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 被保険者番号 | | | | | | 保険者名 | | 上田市 | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| | 認定期間 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 該当する在宅 での日常生活 困難な事由 (要介護1又は 2の者は必ず チェックし、詳 細を裏面※欄に 記入すること) | <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。 | | | | | 入所を 希望す る理由 (該当す る事項に 全て記入 等するこ と) | <input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> " 就労しているため <input type="checkbox"/> " 育児等しているため <input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため (年 月 日頃退院(退所)予定) | | | | |
| | <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が頻繁に見られる。 | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。 | | | | | | | | | | |
| 入所希望時期 (要介護3～5の者が記入) | <input type="checkbox"/> 年 月頃まで <input type="checkbox"/> 今すぐに | | | | | | | | | | |
| 担当の居宅介護 支援事業所等 | 事業所の名称 | | | | | 担当者 | | | | | |
| | TEL | | | | | | | | | | |
| 健康保険 | 種類 | | | | | | | | | | |
| 年金の種類等 | 種類 | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス (介護予防を含む)等の利用状況等 | <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他 (前月の介護保険利用実績_____単位)(直近3ヶ月の平均_____単位) | | | | | | | | | | |
| | 【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス(A・B・C・D) <input type="checkbox"/> 通所型サービス(A・B・C) | | | | | | | | | | |
| | 利用時間 | <input type="checkbox"/> 午前 8:00～午後 6:00 (日中) <input type="checkbox"/> 午後 6:00～午後10:00 (夜間) | | | | <input type="checkbox"/> 午前 6:00～午前 8:00 (早朝) <input type="checkbox"/> 午後10:00～午前 6:00 (深夜) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 有・無 購入物品 () <input type="checkbox"/> 住宅改修 有・無 工事箇所 () | | | | | | | | | | |
| 現況及び医療 状況 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所・入院中(名称 _____) 年 月 日～ | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 () [現在治療中の病名] () | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--------------|-------------|-----------------|-----|--|
| 過去の入所・入院状況 | 種類 | | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| | 名称 | | 理由 | | | | |
| | 種類 | | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| | 名称 | | 理由 | | | | |
| 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項 | (例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、在宅生活に不安を感じている。 | | | | | | |
| 他の施設への申込状況 | <input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 () () | | | | | | |
| | () () () () | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 () () | | | | | | |
| | () () () () | | | | | | |
| 主たる介護者の状況 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | | |
| | 氏名 | | 男・女 | 年 月 日生 (歳) | | | |
| | 住所 | 〒 | | | 主たる介護者の要介護認定の有無 | 有・無 | |
| | | Tel | | | 主たる介護者の要介護状態区分 | | |
| | 同居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | | | |
| | 申込者との関係 | <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 type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 家族等の状況 | 家族図 | | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 備考 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

添付書類(入所申込書と一緒に提出ください)

- 介護保険被保険者証 (写) ・ 介護保険負担割合証 (写)
- 直近3ヶ月分の「サービス利用票及び別表」 (写)
- 個人情報に関する同意書
- 認知症による不適応行動調査票

| | | | | | | |
|-------|---|--|----|--|--|--|
| 説明確認欄 | 私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 | | | | | |
| | 年 月 日 | | 氏名 | | | |

個人情報収集に関する同意書

入居申込者および家族の状況把握を行うため、当施設が市町村、担当ケアマネジャー、医療機関、他の介護保険施設等から入居希望者とその家族等に関する個人情報を収集することについて同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 佐久平福祉会

◇ 特別養護老人ホーム 神川愛の郷 ホーム長 様

〈入所希望者〉

住 所 _____

氏 名 _____ 印

〈代理人〉

住 所 _____

氏 名 _____ 印

〈家族代表者〉

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(続柄：)

認知症による不適応行動調査票

社会福祉法人 佐久平福祉会

●行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

◇ 特別養護老人ホーム 神川愛の郷

| | | | | |
|---|------|--------|--------|--------|
| ア. 同じことを何度も言ったり、聞いたりする。 | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |
| イ. よく物を失くしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする。 また、いろいろな物を持ってくる。 | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |
| ウ. 世話(助言や介護)をされることを拒否(抵抗)する。 | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |
| エ. 夜間不眠あるいは昼夜逆転がある。 | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |
| オ. 暴力をふるう。(殴る・蹴る・噛み付く・引っかく・唾を吐きかける 等) | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |
| カ. 大声を出したり、口汚くののしる。 | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |
| キ. 食べられないものを口にしてしまう。 | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |
| ク. 食事を拒否する。または食事したことを忘れてしまう。 | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |
| ケ. 家の外へ出て行ってしまい、戻れない。 | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |
| コ. やたらに歩き回る。 | 1.ない | 2.時々ある | 3.よくある | 4.常にある |

【 特記事項 】

*「2.時々ある」は月に1～2回以上ある場合、「3.よくある」は週に1～2回以上ある場合、
「4.常にある」は毎日ある場合。