

特別養護老人ホーム等入所申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	:

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。

申し込み先 (入所希望施設)	ハピネス稲毛		介護保険者 (市区町村)	
(フリガナ)		性別	被保険者番号	
氏名		男・女	要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 年 月 日()歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
現住所	〒 —			
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている(ショートステイ含む) <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 令和 年 月から入所・入院している			
入所希望者の状況 (てを選んで下さい)	※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他()			
	※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <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。 <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。 <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。			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名() () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () ()			
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係	
	氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)			
意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

ハピネス稲毛入居申込書

入所申込者名（本人）			
介護保険負担割合証	割	介護保険負担限度額証	無・1段階・2段階・3段階①・3段階②
日常生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V・M		
病院名(掛かりつけ医がある方)			
福祉施設名（利用中の方）			
ケアマネージャー（在宅の方）	事業所名	担当者：	

身体等の状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養
		[主食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> ミキサー
		[副食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
		[おむつの使用]	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 昼夜	<input type="checkbox"/> 夜のみ
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	
		[補助具の使用]	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 杖・シルバーカー等	<input type="checkbox"/> 車椅子
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きが見える程度	<input type="checkbox"/> 見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	<input type="checkbox"/> 聞こえない
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい		<input type="checkbox"/> 聞き取れない
	意思伝達	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 時々出来る	<input type="checkbox"/> ほとんど出来ない	<input type="checkbox"/> 出来ない
麻 痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（部位： ）			

認知症の状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症があるが、日常生活はほぼ自立している
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする
	<input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ専門医療を必要とする
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻想 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為
<input type="checkbox"/> 自虐行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

医療 の 状 況	現在治療中の病気・怪我等	_____		
	過去にかかった病気・入院歴等	_____		
	感染症の有無	<input type="checkbox"/> ある ()	<input type="checkbox"/> なし
	医療的 行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう ・ <input type="checkbox"/> 経鼻)	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門)
	<input type="checkbox"/> 痰吸引			
	<input type="checkbox"/> カテーテル (膀胱留置)			

世帯 の 状 況	<input type="checkbox"/> 独居
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者の年齢 (70歳以上 ・ 60歳以上 ・ 60歳未満)
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者には他に介護が必要な者がいる (要支援、要介護 1・2・3・4・5)
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者の介護負担 (重い ・ やや重い ・ 軽い ・ なし)
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者に障害や疾病は (ない・あり) 介護をするのが (困難 ・ 多少困難 ・ 可能)
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者が就労している (8時間以上、高齢で就労不能 ・ 4~8時間 ・ 4時間未満)
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児をしている (常時 ・ 半日 ・ 臨時)
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者が看病をしている (常時 ・ 半日 ・ 臨時)
	<input type="checkbox"/> 介護者の介護の関わり方 (消極的 ・ やや消極的 ・ 普通 ・ 積極的)
	<input type="checkbox"/> 同居の介護補助者の協力がある (ほとんどなし ・ 随時あり ・ 常時あり)
	<input type="checkbox"/> 別居血縁者の介護協力 (ほとんどなし ・ 随時あり ・ 常時あり)
<input type="checkbox"/> 近隣者等の介護協力 (ほとんどなし ・ 随時あり ・ 常時あり)	

意 向	<input type="checkbox"/> 入居申込者 (本人) が特別養護老人ホームへの入居を希望している
	<input type="checkbox"/> 入居申込者 (本人) は在宅での生活を希望している
	<input type="checkbox"/> 入居申込者 (本人) 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 (_____)

現在の介護状況、入居後に希望されていることなど
