

特別養護老人ホームしらいと 入所申込書

令和 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日	令和 年 月 日
-------	----------

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏 名	性別		生年月日								
			男・女	明・大・昭	年	月	日	(歳)		
住 所	〒 (-)										
	TEL										
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者 番 号								
要介護度	申請中	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5					
期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										
入所希望時期	1. すぐにでも入所したい 2. 6か月以内には入所したい 3. 将来的には入所したい (入所案内する名簿には記載されません)										
認知症の状況	有 ・ 無	認知症日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
認知症の具体的症状											
知的障害、精神障害等の状況	※手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。										
居宅サービスの利用状況	※利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。										
担当ケアマネジャー	氏 名				事業所名						
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、住宅型有料老人ホーム等、病院を含む）に入所又は入院している 3. 退所予定の有無 有 ・ 無 (退所(退院) 予定時期)										

2 家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏 名	続 柄		生年月日							
			大・昭・平	年	月	日	(歳)		
住 所	〒 (-)									
	TEL									
勤 務 先				勤務先 TEL						

3 主たる介護者

(フリガナ) 氏 名	続 柄		生年月日							
			大・昭・平	年	月	日	(歳)		
住 所	〒 (-)									
	TEL									

(裏面)

※入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ずご連絡ください。

4 その他の家族の状況(同居者のみ)

氏名	生年月日	続柄	備考
	大・昭・平・令 年 月 日		
	大・昭・平・令 年 月 日		
	大・昭・平・令 年 月 日		
	大・昭・平・令 年 月 日		

5 介護者等の状況

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください。	1.一人暮らしで身寄りも介護者も全くいない
	2.主たる介護者が遠方にいるため日常的に介護をすることが困難 (移動時間：往復 時間以上 介護に要する時間： 時間以上)
	3.主たる介護者が病気で長期間入院中のため介護ができない (病名： 入院先：)
	4.主たる介護者が高齢者で介護が困難 (年齢： 歳 介護が困難な状況：)
	5.主たる介護者が障害者(療育手帳又は身体障害者手帳等を所持)で介護が困難 (知的障害、精神障害、身体障害等の状況：)
	6.主たる介護者が要支援、要介護状態又は疾病により在宅療養中で介護が困難 (要支援・要介護度： 病名：)
	7.主たる介護者が育児中のため介護が困難 (小学生未満の幼児、乳幼児の状況： 人 歳から 歳)
	8.主たる介護者が複数人を介護しているため介護が困難 (入所申込者以外の介護の状況：)
	9.主たる介護者の家族が特定の疾病により長期療養中のため介護が困難 (家族の病名等：)
	10.主たる介護者が就業しているため介護が困難 (職業： 1週間の就労時間： 時間/週)
	11.上記以外の理由だが介護が困難 (介護が困難な状況：)

6 施設入所等の状況

該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください。	1.特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)、養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、介護付有料老人ホーム、その他の福祉施設、医療機関 (施設(病院)名： 退所(院)予定日：)
	2.住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅 (施設名： 退所予定日：)

7 その他事項(家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください)

--

※入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ずご連絡ください。

特別養護老人ホーム しらいと 入所申込確認調査票

申込者氏名		申込日	令和 年 月 日
調査票記入者 ・聞取り者氏名		続柄	

以下、該当項目を○で囲んでください

身体 の 状況	麻痺や拘縮はありますか？	ない・ある（部位 ）（状況 ）
	視力はどうですか？	日常生活に支障が ない・ある（状況 ）
	聴力はどうですか？	日常生活に支障が ない・ある（状況 ）
	言語はどうですか？	日常生活に支障が ない・ある（状況 ）
	床ずれはありますか？	ない・ある（部位 ）（状況 ）
	意志の疎通は図れますか？	日常生活に支障が ない・ある（状況 ）
日 常 生 活 の 状 況	（ベッドや椅子から）立ち上がれますか？	自立・何かにつかまればできる・介助があればできる・できない
	立位は取れますか？	自立・何かにつかまればできる・介助者の支えがあればできる・できない
	移動はどうですか？	自立・一部介助・全介助（独歩・介歩・杖・歩行車・車椅子・困難）
	移乗はどうですか？	自立・一部介助・全介助
	排泄はどうですか？	自立・一部介助・全介助（紙パンツ・おむつ・尿器・ポータブル・バルン）
	食事はどうですか？ （摂取状況・形態）	自立・一部介助・全介助 トロミ使用 有 無（治療食 有 ・ 無 ）
		主 食： ごはん ・ お 粥 ・ ミキサー食 ・ 経管栄養 副 食： 普通食 ・ 荒 ・ ソフト食 ・ ミキサー食 ・ 経管栄養 トロミ： 不使用 ・ 使用（さらさら状・とんかつソース状・ケチャップ状）
	入浴はどうですか？	自立・一部介助・全介助（家庭で入浴・施設で入浴・体を拭いている）
一週間に 回数入浴している（対応者は 家人・ヘルパー・施設の職員）		
着替えはどうですか？	自立・一部介助・全介助（毎日着替える・時々着替える・着替えていない）	
医 療 の 状 況	認知症と診断されたことがありますか？	ない・ある（ アルツハイマー型認知症 ・ 脳血管型認知症 レビー小体型認知症 ・ 前頭側頭型認知症 ・ その他 ）
	どんな病気で通院中ですか？（現在の病気）	
	どんな病気、手術をしましたか？（病歴）	
	どんな薬を内服していますか？	
	特別な医療行為はありますか？	医療行為なし・胃ろう・腸ろう・在宅酸素・気管切開・人工透析・人工肛門・バルーンカテーテル・心臓ペースメーカー・点滴・インシュリン注射・糖尿病などの治療食・その他（ ）
	感染症はありますか？	感染症なし・A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・梅毒・その他（ ）
	皮膚の状態はどうですか？	皮膚の状態は良好である・湿疹がある・床ずれがある・湿疹がしやすい・皮がむけやすい・その他（ ）

※要介護1又は2の方は裏面のご確認をお願いいたします。

2023. 10. 1

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。

- 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
- 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
- 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
- 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

希望する居室と理由に○を記入してください

◆希望する居室（当てはまる項目1つに○を記入してください）◆

1. ぜひとも個室がよい（多床室は全く希望しない）
2. ぜひとも多床室がよい（個室は全く希望しない）
3. できれば個室がよい（入所できる居室が多床室しか無ければ多床室でもやむを得ない）
4. できれば多床室がよい（入所できる居室が個室しか無ければ個室でもやむを得ない）
5. 個室、多床室どちらでもよい

※多床室の人気の高いため、個室を選択された方が早めに声がかかる可能性があります。

※個室は多床室に比べ料金が割高となります。ただし、減額制度を申請することにより居室料金が安くなる場合もあります。詳しくは「特別養護老人ホームしらいとに入所申込される方へ」をご覧ください。

	標準額(日)	➔	第3段階①・②	第2段階	第1段階
個室	1,171円		820円	420円	320円
多床室	855円		370円	370円	0円

◆個室 or 多床室を希望する理由

（当てはまる項目すべてに○を記入してください）◆

プライベートな空間が保たれる ・ 居室の広さ ・ 個人の物が置きやすい ・ 料金 ・
賑やかさ ・ 雰囲気 ・ 綺麗さ ・ 本人の希望 ・

入所が早い（5.を選択された方が早く入所できる可能性があります。）

〔 その他 〕

ご協力ありがとうございました。

富士宮市介護保険被保険者情報提供請求書兼誓約書

富士宮市長 様

令和 年 月 日

請求者種別	1 居宅介護支援事業者等 2 主治医 3 介護保険施設 4 地域包括支援センター 5 民生委員 6 その他		
	※民生委員の場合	担当 地区	
請求者	住所・所在		
	氏名・名称		
	電話番号		
窓口来庁者	氏名		
介護支援専門員 または相談員	氏名		

私は、上記請求者が私の介護保険被保険者情報の提供を受けることを承諾します。

令和 年 月 日 氏名

※ 認定申請時に承諾済の場合には、上記承諾欄は記載不要です。

- 誓約事項** 提供を受けた情報の取扱いについて、下記事項を誓約いたします。
- 1 下記請求目的以外には使用いたしません。
 - 2 情報漏洩の防止等、事故がないよう適切な管理措置を講じます。
 - 3 取扱者は、請求目的に適合した最小限の範囲に限定いたします。
 - 4 第三者への再提供はしません。
 - 5 上記請求目的達成後には、シュレッダー、焼却等の手段により速やかに消去します。

情報提供対象者（本人）	住所			
	氏名	フリガナ		
		漢字		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	被保険者番号			

- 請求目的**
- 1 (ケアマネージメント・ケアプラン作成) のため
 - 2 主治医意見書作成のため
 - 3 施設入所判定のため
 - 4 地域包括支援センターに対応するため
 - 5 民生委員担当地区居住者の（介護保険相談対応・状況把握確認）のため
 - 6 その他（)

処理欄

令和 年 月 日

上記請求に対し、情報提供してよろしいか伺います。

課長	係長	係員	担当者