

特別養護老人ホーム 翠松苑 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	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4 要介護度5
要介護度 認定期間	平成・令和 年 月 日		～	平成・令和 年 月 日	
入所を希望 する時期	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. 将来的には入所をしたい				
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	物忘れ・徘徊・誤認(居場所や人がわからない)・昼夜逆転・暴言・暴力・不潔行為 異食(食べられない物を口にすること)・妄想・幻覚・幻聴 その他()				
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。				
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 病院に入院中 3. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等を含む)に入所 退所予定の有無 有・無 (有の場合は、退所予定時期)				

2 家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ)		続柄
氏名		
住所	〒 ()	
	日中の連絡先	

3 主たる介護者

(フリガナ)		年齢	続柄
氏名		()歳 年 月生まれ	
住所	〒 ()		同居・別居
	TEL	※別居の場合、所要時間： 分	

(裏面も記入してください。)

- * 入所を希望する時期に変更がありましたら速やかに申込施設までお申し出ください。
- * この申込書は2年間有効です。ご記入いただいた個人情報、厳重に管理し、施設入所に
関連した業務、連絡にのみ使用させていただきます。(入所申込書の提出を以って、ご同意
を得られたことにさせていただきますので、ご了解ください。)

4 家族構成図

	(家族の状況について、特記事項等があれば記載してください。)
--	--------------------------------

5 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

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. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:() 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:() 〕 介護が困難な状況 :
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢:(歳) 〕 介護が困難な状況 :
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 介護が困難な状況 : 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況 : 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無) 〕
	7. 介護者が就学中の若い世代(ヤングケアラー)のため、介護が困難 〔 就学の状況 小学生 中学生 高校生 大学生 その他() 〕
	8. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	9. 上記以外の状態で介護が困難 〔 介護が困難な状況 : 〕

6 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ） (施設名)
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院 (施設名)

7 その他事項

(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。)
--

担当ケアマネジャー	氏名		事業所名	
主治医	氏名		病医院名	

* 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、必ず御連絡ください。

特別養護老人ホーム 翠松苑 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 ・ 一口大 ・ 刻み食 ・ ミキサー食 ・ 経管栄養 トロミ： 不使用 ・ 使用 (さらさら状：薄いトロミ・とんかつソース状：中間のトロミ・ケチャップ状：濃いトロミ)
	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）	
	どんな薬を内服していますか？	
	どんな病気、手術をしましたか？（病歴）	
	感染症はありますか？	ない・ある（A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・梅毒・その他 ())
	特別な医療行為はありますか？	ない・ある（胃ろう・鼻腔・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 ())
重複して申し込みを行う施設 (希望施設の優先順位がある場合、【 】内に番号を記入)	【 】百々山： 既存型多床室 ・ 既存型個室 ・ ユニット型（個室） 【 】翠松苑： 既存型多床室 【 】しんばらの家： ユニット型（個室） 【 】天竜厚生会城北の家：ユニット型（個室）	

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。

様式 1 【別紙】

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
- 居宅サービス等の利用に関する状況などから、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある。
※やむを得ない事由について具体的な状況を入所申込書裏面の「4 その他事項」欄に記載してください。

特別養護老人ホーム〇〇〇 入所申込書

令和 5年 4月 1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	テンリュウ タロウ 天竜 太郎	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 14年 1月 1日 (80歳)	
住所	〒(123-4567) 静岡県浜松市天竜区渡ヶ島123456 TEL 000-111-2222					
介護保険	保険者名	浜松 (市・区) 市	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8		
要介護度	申請中	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
要介護度 認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日					
入所を希望 する時期	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. 将来的には入所をしたい					
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	物忘れ・徘徊・誤認(居場所や人がわからない) 昼夜逆転・暴言・暴力・不潔行為 異食(食べられない物を口にすること)・妄想・幻覚・幻聴 その他()					
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。 デイサービス(週4回)、ショートステイ(2泊3日を月に2回程度)					
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 病院に入院中 3. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等を含む)に入所 退所予定の有無 有・無 (有の場合は、退所予定時期)					

2 家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏名	テンリュウ イチロウ 天竜 一郎	続柄	長男
住所	〒(123-4567) 静岡県浜松市浜北区貴布祢111 日中の連絡先 090-0000-1111 (携帯)		

3 主たる介護者

(フリガナ) 氏名	テンリュウ ハナコ 天竜 花子	年齢	続柄
		(55)歳 昭和38年10月生まれ	長男嫁
住所	〒(123-4567) 静岡県浜松市浜北区貴布祢111 TEL 111-222-3333 (自宅)	同居・別居	※別居の場合、所要時間: 15分

(裏面も記入してください。)

- *入所を希望する時期に変更がありましたら速やかに申込施設までお申し出ください。
- *この申込書は2年間有効です。ご記入いただいた個人情報は、厳重に管理し、施設入所に
関連した業務、連絡にのみ使用させていただきます。(入所申込書の提出を以って、ご同意
を得られたことにさせていただきますので、ご了解ください。)

4 家族構成図

	<p>(家族の状況について、特記事項等があれば記載してください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ここ半年、長男が体調を崩しがちである。 ・長男嫁がサービス利用以外の時間は、訪問し食事介助や排せつ介助等の支援をしているが、パートとの両立が体力的に厳しくなっている。
--	---

5 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

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. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 [要介護状態区分:() 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:()] 介護が困難な状況 :
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 [要支援状態区分:(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢:(歳)] 介護が困難な状況 :
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 [介護が困難な状況 : 長男嫁も仕事をしており、毎日の介護が困難になっている。]
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 [申込者以外の介護の状況 :]
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 [就労の状況 (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無)]
	7. 介護者が就学中の若い世代(ヤングケアラー)のため、介護が困難 [就学の状況 小学生 中学生 高校生 大学生 その他()]
	8. 介護者が育児をしているため、介護が困難 [育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的)]
	9. 上記以外の状態で介護が困難 [介護が困難な状況 :]

6 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ） (施設名)
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院 (施設名)

7 その他事項

<p>(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。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長男も体調を崩しており、経済的な事情から長男嫁も仕事を継続せざるを得ない状況にある。

担当ケアマネジャー	氏名	鈴木	事業所名	A居宅介護支援事業所
主治医	氏名	山田	病医院名	B診療所

* 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、必ず御連絡ください。 2023.4.1

特別養護老人ホーム ○○の家 入所申込確認調査票

申込者氏名	天竜 太郎	申込日	令和 元年 10月 1日
調査票記入者 ・聞き取り者氏名	天竜 一郎	続柄	長男

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？	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある (部位) (状況)
	視力はどうですか？	日常生活に支障が <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある (状況)
	聴力はどうですか？	日常生活に支障が <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> ある (状況 耳元で大きな声かけが必要)
	言語はどうですか？	日常生活に支障が <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> ある (状況 うまく発語ができない)
	床ずれはありますか？	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> ある (状況 認知症により困難)
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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> できない
	移動はどうですか？	自立・一部介助 <input checked="" type="radio"/> 全介助 (独歩・介歩・杖・歩行車 <input checked="" type="radio"/> 車椅子 困難)
	移乗はどうですか？	自立・一部介助 <input checked="" type="radio"/> 全介助
	排泄はどうですか？	自立・一部介助 <input checked="" type="radio"/> 全介助 (紙パンツ <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 <input checked="" type="radio"/> 全介助 トロミ使用 有 <input checked="" type="radio"/> 無 (治療食 有 <input checked="" type="radio"/> 無) 主食：ごはん・お粥・ミキサー食・経管栄養 副食：普通食・一口大・刻み食・ミキサー食・経管栄養 トロミ： <input checked="" type="radio"/> 不使用・使用 (さらさら状：薄いトロミ・とんかつソース状：中間のトロミ・ケチャップ状：濃いトロミ)
	入浴はどうですか？	自立・一部介助 <input checked="" type="radio"/> 全介助 (家庭で入浴 <input checked="" type="radio"/> 施設で入浴 体を拭いている) 一週間に 回入浴している (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 <input checked="" type="radio"/> 全介助 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> ある (アルツハイマー型認知症・ <input checked="" type="radio"/> 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)	高血圧症
	どんな薬を内服して いますか？	ノルバスク (降圧剤)、酸化マグネシウム (便秘薬)
	どんな病気、手術を しましたか？(病歴)	脳梗塞 (75歳の時)
	感染症はありますか？	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある (A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・梅毒・その他)
	特別な医療行為はあり ますか？	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある (胃ろう・鼻腔・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)
重複して申し込みを行う施設 (希望される施設を○で囲んで ください)	【1】百々山： 既存型多床室 ・ 既存型個室 ・ <input checked="" type="radio"/> ユニット型 (個室) 【 】翠松苑： 既存型多床室 【2】しんぱらの家： ユニット型 (個室) 【3】天竜厚生会城北の家： ユニット型 (個室) ※【 】どこの施設でも良い ※希望施設の優先順位を【 】欄に記入	

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。

様式 1 【別紙】

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
- 居宅サービス等の利用に関する状況などから、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある。
※やむを得ない事由について具体的な状況を入所申込書裏面の「4 その他事項」欄に記載してください。