

入所申込者各位

入所利用申込書について

この度は特別養護老人ホームしののめの入所申込のご連絡、誠にありがとうございます。
入所申込みの受付方法は、下記の手順となります。

記

◎ 入所申込みの流れ

- ① 【入所申込書】（その1）（その2）（その3）を記入して下さい。
※ 説明確認欄は記入しないで下さい。
 - ② 【介護保険被保険者証】（写し）をご用意下さい。
 - ③ 【サービス利用票】（写し）をご用意下さい。
在宅で介護保険を利用している方のみです。ケアマネジャーから1ヶ月～3ヶ月間位のサービス利用票を頂いて下さい。尚、施設入所されている方は不要です。
 - ④ 上記の①・②・③書類が準備できた方は、**お電話で面接の予約**をお入れください。
 - ⑤ 面接日に①・②・③の書類を持参して頂き、入所希望者の心身の状態等の確認・入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について説明を行いますので、その際に、入所申込書の「説明確認欄」に署名を頂きます。
- * 【健康診断書】（写し）⇒お手元にある方のみです。
今回の申し込みの為にとっていただく必要はございません。
- * 申込み後に、他施設へ入所決定の方、または入所申込み取り下げの方は、お手数ですが施設までご連絡願います。

※ ご不明な点につきましては、下記までご連絡願います。

〒362-0011
埼玉県上尾市平塚2141
介護老人福祉施設 しののめ
048-778-5566

特別養護老人ホーム優先入所申込書（その1）

申 込 日	年 月 日
受 付 日	年 月 日

特別養護老人ホーム しののめ 施設長様

【申込者】			
住 所	〒		
(ふりがな)	年齢	本人との関係	
氏 名	歳		
電 話 番 号	()		
携 帯 番 号	()		

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次の通り申し込みます。

本	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男	被保険者番号											
	住 所	〒	女	要介護度	1・2・3・4・5										
	電話番号	()	川 護 福 施 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで											
人	現状	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 訪問介護 ()</td> <td style="width: 50%;">6 通所リハビリテーション ()</td> </tr> <tr> <td>2 訪問入浴介護 ()</td> <td>7 短期入所生活介護 ()</td> </tr> <tr> <td>3 訪問看護 ()</td> <td>8 短期入所療養介護 ()</td> </tr> <tr> <td>4 訪問リハビリテーション ()</td> <td>9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()</td> </tr> <tr> <td>5 通所介護 ()</td> <td>10 その他 ()</td> </tr> </table>				1 訪問介護 ()	6 通所リハビリテーション ()	2 訪問入浴介護 ()	7 短期入所生活介護 ()	3 訪問看護 ()	8 短期入所療養介護 ()	4 訪問リハビリテーション ()	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()	5 通所介護 ()	10 その他 ()
		1 訪問介護 ()	6 通所リハビリテーション ()												
2 訪問入浴介護 ()	7 短期入所生活介護 ()														
3 訪問看護 ()	8 短期入所療養介護 ()														
4 訪問リハビリテーション ()	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()														
5 通所介護 ()	10 その他 ()														
認知症等による不応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし														
の	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】													
状	優先入所を希望する理由	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 介護者がいないため ()</td> <td style="width: 50%;">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 ()</td> </tr> <tr> <td>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 ()</td> <td>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 ()</td> </tr> <tr> <td>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 ()</td> <td>6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ()</td> </tr> <tr> <td>7 その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>				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 ()			
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3）

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		年齢 歳	性別	本人との関係	
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)				
		同居の区分	1 同居 2 別居 ()				
	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		年齢 歳	性別	本人との関係	
同居の区分		1 同居 2 別居 ()					
介護の可能性		介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能					
介護期間							
状 況	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態			
	有 (常勤・パート)	有 (人) (歳)		良好 不良 ()			
	無	無		主たる介護者の家族の健康状態			
				良好 不良 ()			
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 施設名： 施設名：					
	待機期間	年 月					
	居宅において日常生活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	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 年 月 日 氏名： _____						

- ※1 被保険者証（写）、サービス利用表（写）を添付して下さい。
- ※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下さい。
- ※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下さい。
- ※4 申込み内容に変更が生じた場合は、当施設に連絡して下さい。
- ※5 説明確認欄は、入所面談の説明後にサインをお願いします。

特別養護老人ホーム優先入所申込書（その2）

身体 の 状 況 ・ A D L (日 常 生 活 動 作)	食事状況	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
	食事形態	(主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ペースト				
		(副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一〇大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ペースト				
		(食事制限) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 (kcal) <input type="checkbox"/> 減塩食 (g) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄種類	<input type="checkbox"/> トイレ (布パンツ・リハパン) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (昼夜・夜間のみ)				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴種類	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 (チェア・寝台) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清 拭				
	着替え	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	移動	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つかまり歩き・手引き歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> やや悪い (右・左) <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる (右・左) <input type="checkbox"/> 聞こえない				
	義歯	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 (上・下) <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 (上・下) <input type="checkbox"/> なし (自分の歯 ・ 歯茎のみ)				
言語	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話す事が出来ない					
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 大きな声なら可能 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 意思表示のみ可能 <input type="checkbox"/> 不可					
精神 の 状 態	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度				
	周辺症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 尿失禁・便失禁 <input type="checkbox"/> 便いじり <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚				
		<input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転				
		<input type="checkbox"/> その他 ()				
性格	<input type="checkbox"/> 穏和 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面					
医療 関 係	病気 既往歴					
	服薬	(内服薬)				
		(外用薬・その他)				
	かかりつけ の病院	病院名		主治医		通院の頻度
		病院名		主治医		通院の頻度
処置の必要 性 (該当する 物にチェッ ク、記入をし てください)	<input type="checkbox"/> 便秘症 <input type="checkbox"/> 下剤 (種類・方法) <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門					
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ) …部位 (背部・腰部・仙骨部・足・その他)					