

特別養護老人ホームあけぼの優先入所申込書

特別養護老人ホームあけぼの 施設長 様

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

【申込者】

住所	〒			入所希望者との関係
ふりがな 氏名				
電話番号		E-mail:		@

【入所希望者】

特別養護老人ホームあけぼのへ優先入所したいので、次のとおり申し込みします。

ふりがな 氏名			年齢	性別	男	・	女		
			歳	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
住所	〒		電話						
介護保険	保険者	市・区・町・村		介護認定期間	平成	年	月	日から	
	要介護度	1・2・3・4・5			平成	年	月	日まで	
	被保険者番号			負担限度額認定証	無・有（第 段階）				
	現在利用中の 居宅支援事業所	事業所名		担当者:					
	電話:								
在宅サ ー ビ ス 利 用 状 況	1・訪問介護（ヘルパー）		6・通所リハビリテーション（デイケア）						
	（ ）		（ ）						
	2・訪問入浴介護		7・短期入所生活介護（ショートステイ）						
	（ ）		（ ）						
	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（デイサービス）		10・その他							
（ ）		※1～8につきましては事業所名もご記入ください							
（既往 病 気）	入院を伴う場合のみ記入		入院期間			病院名			
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						
現在治療中の 病気	〈病名〉		〈病院名〉		〈病名〉		〈病院名〉		
	〈病名〉		〈病院名〉		〈病名〉		〈病院名〉		
その他	インスリン・経管栄養・胃瘻・在宅酸素・透析・その他（								
施設入所 状況	入所期間						施設名		
	年 月 日 ～ 年 月 日								
認知症等 による不 適応行動 ※複数 回答可	1.被害妄想 2.作り話をする 3.感情不安定 4.昼夜逆転 5.同じ話を繰り返す 6.大声を出す								
	7.介護抵抗 8.落ち着きがない 9.目が離せない 10.収集癖 11.物を壊す・衣服を破く等								
	12.ひどい物忘れ 13.独り言 14.自分勝手な行動をとる 15.話がまとまらない								
	その他（								

【主たる介護者】

フリガナ 氏名	(男・女) (続柄)	生年月日 年齢	大・昭・平 年 月 日 歳
同居の区分	(同居・別居)・・・ (介護困難・多少介護困難・介護可能)	扶養図	
就労状況	(有・無) (常勤・パート・・・ 時間)		
介護者の健康状況	(良好・不良)・・・ 【疾病名】		
育児・看病の状況	(有・無)・・・ (常時育児・看病・半日育児・看病・時々育児・看病)		
複数介護	(有・無)・・・ (介護困難・多少介護困難・介護可能)		

【他介護者】

フリガナ 氏名	(男・女) (続柄)	生年月日 年齢	大・昭・平 年 月 日 歳
同居の区分	(同居・別居)・・・ (介護困難・多少介護困難・介護可能)		

【その他】

入所を希望する時期	(今すぐ入所したい・すぐではなくてよい・・・ 年 月頃には入所したい)
申し込みの状況	(当該施設のみ申し込む・複数申し込む予定・複数申し込んでいる)
申込理由 ※申込理由で該当する内容に○を付けて下さい	1. 介護者がいない為 2. 介護者の体調不良、負担が大きい為 3. 退院後、自宅復帰困難な為 4. 今現在、他施設(特養・老人保健施設)に入所しているが、(移動・退所)後入所希望の為 <small>※詳細は下記に内容をご記入下さい。</small>

※ 実態調査を行います。(WEB面談を実施する場合がございます。)

同意します ・ 同意しません

※ 短期入所生活介護 あけぼのの利用希望

希望します ・ 希望しません

※ 個室利用希望

あり ・ なし ・ どちらでも可

説明確認

私は、優先入所申込の際、特例入所の要件、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。

令和 年 月 日

氏名: _____

注意事項

※ ①認定調査票(写)、②介護保険証(写)、③介護保険負担割合証(写)を添付して下さい。

④介護保険負担限度額認定証(写)、⑤最近3カ月のサービス利用表(写)

申請をされていない方は④は必要ございません。

尚、入院中、老人保健施設、療養施設に入所中の際は、上記⑤は場合により必要ございません。

※ 申し込み内容に変更が生じた場合、施設までご連絡下さい。

特別養護老人ホーム優先入所決定調査表

入所希望者:		提出日: 令和 年 月 日	
要介護度:		生年月日: T・S 年 月 日 (歳)	
現在の場所		自宅・病院・老健・他施設・ショートステイ・その他	
		病院名:	施設名: TEL:
A D L の 状 況	歩 行	独歩・杖・歩行器・車椅子	(自立・一部介助・全介助)
	寝 返 り	自力・一部介助・全介助	
	着 脱	自力・一部介助・全介助	
	食 事	自力・一部介助・全介助	
		主食:(常食・粥・ミキサー) 副食:(常食・刻み・ミキサー) 汁:(普通・トロミ) 制限等()	
	排 泄	日中: トイレ(自力・介助)・ポータブル(自力・介助)・ベッド上交換	
		夜間: トイレ(自力・介助)・ポータブル(自力・介助)・ベッド上交換	
	麻 痺	無・有	部位:()
	褥 瘡	無・有	部位:()
	心 身 の 状 況	睡 眠	問題なし・時々眠れない・ほとんど眠れない
視 力		問題なし・人の顔がわかる・ぼんやりとみえる・殆どみえない	
聴 力		右: 問題なし・大声で判る・耳元で判る・補聴器使用・難聴	
		左: 問題なし・大声で判る・耳元で判る・補聴器使用・難聴	
会 話	問題なし・噛み合わない時がある・短い単語で会話可能・意思疎通できない		
経 済		年金 2ヶ月分(円) ・ 生活保護	

※施設記入項目			
1. 介護の必要の程度及び心身の特性			点
2 . 介 護 者 の 状 況	①主たる介護者の年齢		点
	②主たる介護者が障害や疾病の状態にある		点
	③主たる介護者が育児又は家族が病気の状態にある		点
	④主たる介護者が複数の介護をしている		点
	⑤主たる介護者の就労状況		点
	⑥従たる介護者の状況		点
	⑦別居している血縁者による介護の可能性		点
3. 在宅介護の状況	介護期間	~	点
	サービス	利用状況 %	
4. 本人の住所地			点
合計 点 数			
施設勘案項目			
総 合 点 数			

要介護1・2申込 特別養護老人ホーム特例入所

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下記の項目に✓を付けて下さい。

- 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が頻繁に見られる。
- 生活環境等において深刻な問題等により、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
支援が困難、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。

施設入所の必要性について

説明確認

私は、特例入所の要件、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。

また、必要に応じて保険者市町村と情報の共有並びに意見を求める事に同意します。

令和 年 月 日 氏名: _____