

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

【申込者】

社会福祉法人 崇徳会
 特別養護老人ホーム マザーアース
 施設長 野溝 守 様

住 所	〒	
(ふりがな) 氏 名		本人との関係
電話番号	()	

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(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	
	住 所	〒	介 護 認 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
	現在利用している在宅サービスの状況				
	1 訪問介護 ()	2 訪問入浴介護 ()	3 訪問看護 ()	4 訪問リハビリテーション ()	
	5 通所介護 ()	6 通所リハビリテーション ()	7 短期入所生活介護 ()	8 短期入所療養介護 ()	
	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()	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
	医療的措置の状況 ○を付けてください				
【皮膚疾患】 水虫・尋常性乾癬・角化症・老人性皮膚掻痒症・疥癬・MRSA・その他					
【既往症】 脳梗塞・脳出血・脳血栓・心不全・狭心症・心筋梗塞・糖尿病					
老人性認知症・骨折(部位:)・白内障・貧血・骨粗しょう症・その他					
【現在治療中の疾患】					
優先入所を希望する理由					
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 介護保険施設に入所しているが替わりたい					
6 入院中だが退院の見込みがある 病院名 主治医					
7 その他					

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな)		性別	本人との関係	
		氏名				
		生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)
	同居の区分	1	同居			
		2	別居	()		
	従たる 介護者	(ふりがな)		性別	本人との関係	
		氏名				
		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					
	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	()		
	無	無	不良	()		
			主たる介護者の家族の健康状態			
			良好	()		
			不良	()		

身体障害者手帳	有(級、障害名:) ・ 無					
身体 および 日常生活 動作の 状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> つたい歩き	<input type="checkbox"/> 車椅子使用	
	座位	<input type="checkbox"/> 支えなしで座れる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば座れる	<input type="checkbox"/> 自分で座ることができない		
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 自分でできない		
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	食事内容	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 粥食	<input type="checkbox"/> その他		
	義歯	<input type="checkbox"/> 総入れ歯	<input type="checkbox"/> 上のみ	<input type="checkbox"/> 下のみ	<input type="checkbox"/> 部分入れ歯	<input type="checkbox"/> なし
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿気	<input type="checkbox"/> おむつ:昼夜、夜間のみ	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 大声なら	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 補聴器使用
言葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない	<input type="checkbox"/> 不自由		

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その3)

意思の伝達		<input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を 他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき 伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど 伝達できない	<input type="checkbox"/> できない				
介護側の指示への反応		<input type="checkbox"/> 介護側の指示が通じる		<input type="checkbox"/> 介護側の意思がときどき通じる		<input type="checkbox"/> 介護側の指示が通じない			
理 解	毎日の日課を 理解することが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	行	大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	生年月日や年齢を 答えることが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		助言や介護に 抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	面接調査の直前に 何をしていたかを 思い出すことが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		目的もなく 動き回ることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	自分の名前を 答えることが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		「家に帰る」等と 言い落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	今の季節を 理解することが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		外出すると病院、施設 家などに一人で 戻れなくなることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	自分がいる場所を 答えることが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		一人で外に出たがり 目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
行 動	物を盗られたなどと 被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	動	いろいろなものを 集めたり、無断で 持ってくるが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	作り話をし周囲に 言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある		火の始末や火元の管 理ができないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	実際にはないものが 見えたり聞こえる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある		物や衣類を壊したり 破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	泣いたり笑ったり 感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある		不潔な行為を 行うことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	夜間不眠あるいは 昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある		食べられないものを 口に入れることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある		周囲が迷惑している 性的行動が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある	
	しつこく同じ話を したり、不快な音を 立てることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある						
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 月までには入所したい							
	申込の状況	①当該施設のみ申し込み ②他の施設も申し込んでいる 所在地: 施設名:							
私は、優先入所申込の際、入所決定の手続きおよ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 介護保険証(写)、サービス利用票(写)を添付してください。

※2 優先入所を希望する場合には、その具体的理由を記入してください。

※3 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所取り下げ書」を提出してください。

※4 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

※5 薬局で出される薬の説明を持参してください。