

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その1)

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

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

【申込者】

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	1・2・3・4・5
			介護認定 期間	平成 年 月 日から 平成 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 ()		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 ()		
認知症等による不適応行動	1 非常に多い	2 やや多い	3 少しあり	4 なし	
医療的処置の状況 ○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 老人性痴呆 ・ 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) 氏名		性別	本人との関係	
		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) 氏名		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					
	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 ()			
			主たる介護者の家族の健康状態			
無	無	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"/> ①自立	<input type="checkbox"/> ②一部介助	<input type="checkbox"/> ③全介助		
	移動方法	<input type="checkbox"/> ①自立歩行	<input type="checkbox"/> ②杖使用	<input type="checkbox"/> ③つたい歩き	<input type="checkbox"/> ④車椅子使用	
	座位	<input type="checkbox"/> ①支えなしで座れる <input type="checkbox"/> ②何かにつかまれば座れる <input type="checkbox"/> ③自分で座ることができない				
	寝返り	<input type="checkbox"/> ①自分でできる <input type="checkbox"/> ②何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> ③自分でできない				
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> ①自立	<input type="checkbox"/> ②一部介助	<input type="checkbox"/> ③全介助		
	入浴	<input type="checkbox"/> ①自立	<input type="checkbox"/> ②一部介助	<input type="checkbox"/> ③全介助	<input type="checkbox"/> ④その他	
	食事	<input type="checkbox"/> ①自立	<input type="checkbox"/> ②一部介助	<input type="checkbox"/> ③全介助		
	食事内容	<input type="checkbox"/> ①常食	<input type="checkbox"/> ②粥食	<input type="checkbox"/> ③その他		
	義歯	<input type="checkbox"/> ①総入れ歯	<input type="checkbox"/> ②上のみ	<input type="checkbox"/> ③下のみ	<input type="checkbox"/> ④部分入れ歯	<input type="checkbox"/> ⑤なし
	排泄	<input type="checkbox"/> ①自立	<input type="checkbox"/> ②一部介助	<input type="checkbox"/> ③全介助		
	排泄方法	<input type="checkbox"/> ①トイレ	<input type="checkbox"/> ②ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> ③尿気	<input type="checkbox"/> ④おむつ:昼夜、夜間のみ	
	視力	<input type="checkbox"/> ①普通	<input type="checkbox"/> ②やや悪い	<input type="checkbox"/> ③ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> ④眼鏡使用	
	聴力	<input type="checkbox"/> ①普通	<input type="checkbox"/> ②聞こえにくい	<input type="checkbox"/> ③大声なら	<input type="checkbox"/> ④聞こえない	<input type="checkbox"/> ⑤補聴器使用
言葉	<input type="checkbox"/> ①普通	<input type="checkbox"/> ②聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> ③聞き取れない	<input type="checkbox"/> ④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"/> ①調査対象者が意思を他者に伝達できる <input type="checkbox"/> ②ときどき伝達できる <input type="checkbox"/> ③ほとんど伝達できない <input type="checkbox"/> ④できない					
介護側の指示への反応		<input type="checkbox"/> ①介護側の指示が通じる <input type="checkbox"/> ②介護側の意思がときどき通じる <input type="checkbox"/> ③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"/> ①できる <input type="checkbox"/> ②できない		行	大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある	
	生年月日や年齢を答えることが	<input type="checkbox"/> ①できる <input type="checkbox"/> ②できない			助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③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"/> ①できる <input type="checkbox"/> ②できない			目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある	
	自分の名前を答えることが	<input type="checkbox"/> ①できる <input type="checkbox"/> ②できない			「家に帰る」等と言いつち着きがない	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある	
	今の季節を理解することが	<input type="checkbox"/> ①できる <input type="checkbox"/> ②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"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある	
	自分がいる場所を答えることが	<input type="checkbox"/> ①できる <input type="checkbox"/> ②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"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③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"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある		動	いろいろなものを集めたり、無断で持ってくるのが	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある	
	作り話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある			火の始末や火元の管理ができないことが	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある	
	実際にはないものが見えたり聞こえる	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある			物や衣類を壊したり破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある	
	泣いたり笑ったり感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある			不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある	
	夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある			食べられないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある	
	暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③ある			周囲が迷惑している性的行動が	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③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"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどき <input type="checkbox"/> ③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: _____					
	待機期間	_____年 _____ヶ月					
	居宅において日常生活を行うこと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)						
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。 平成 _____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。

特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書

平成 年 月 日

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

申込者

住所:

氏名:

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム優先入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1. 申し込み日

平成 年 月 日

2. 優先入所希望者

住 所 :

氏 名 :

3. 取り下げる理由