指定介護老人福祉施設等(特別養護老人ホーム)入所申込書

_	_										_											
	フ	IJ	ガ	ナ							保	険 者	名	南	九州	市						
	氏	氏 名		名							被保	険者	番号	ſ	護信	呆険	被任	呆険	者記	正番	号を	記入
	生	年	月	日	明・カ	大・日	召	年		月	日	(,)歳			性	別	(!	男 •	女)
入所を希望する者	現住所				(郵便中込		現住	- E所を	記入)			電	話番	号(į			3000)
			要允)護	認定を	受け	てい	る					介	護伊	米険	証の	介	護度		認定	有效	期間
望す				<申	込日現	在の	介護原	变>	要介	護(1	• 2		3 を	記	ll'	て下	2	い。				
る者	認定	<認			定有効	E有効期間> 年 月 日から また、現在区分・更新申請されてい																
	認定状況				分変更	申請	中 (ě	年	月 日	申請)		ſ							レ点	をし	申請
	100		要が	~]区分変更申請中(年 月 日申請) [日を記入して下さい。 護認定を受けていない																	
			Ī		認定!	申請	中	(年	月 E	申請)										
世帯状況 □同居家族がいない(一人暮らし) □同居家族がいる																						
入所を希望する 口介護する者がいないため。																						
100	理由				□介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。																	
					口介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。																	
該	該当するものは				口居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。																	
す	すべて選んで ください。				口施記	□施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。																
<					ロその)他	ſ)
																						J
	貴施設に入所を希望するため、申し込みます。																					
	貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等																					
	から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を																					
確認することに同意します。																						
		年		月	日																	
	(申记	2者))	住	所																
					氏	名								1	(続札	丙)						

記入

提出者(連絡先)		
氏名:	続柄:	電話番号:
〒: −		
住所:		

※太ワクの中をすべて記入してください (不明な点は、施設にご相談ください)
※□欄は、該当するものに×を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

97	成日 办	W -13	071/1/106		*	ハハイと		K族の向息寺16			V/2 C V -	
	続柄	氏	名	年齢	入所 申込者と	住	所	電	話	備	考	
					同居							
					別居							
家					同居							
族					別居							
35000					同居							
構					別居							
成					同居							
					別居							
					同居							
					別居							
	フ リ ガ	ナ				年 齢	本人との	関係 一	備 			
	氏	名										
			□疾病(<	具体的に	>							
	健康状態											
			口健康									
	就 労		ロしていない									
	3,50		口している	5	(1日の就	労時間		時	間)			
主			口介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である									
土			口仕事や入所申込者以外の人の看病等があり、介護困難な状態である (<具体的に>									
た	介護の状況		J									
る			□多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である (〈具体的に〉									
9			した									
介			山川護川県	正な仏界	<u></u>							
護	介護の場	所	口自宅	口病院	完又は介護	老人保健	施設 □	その他の施	設に入剤	斤中		
V8-2-0	介護	歴		年	月頃	から介護	している	(期間:約		年)		
者			□なし									
	介護協力	者	口随時あり					続柄)		
			口常時あり			雑た! アハス	上で困ってい	続柄)		
			「皮井で併	E 201C	こ、てり他力を	12 C C C C V '6) _ C	···》 C C '4 C]				
	意	見										
	i l											

記入

Ī			□他の施設や医療機関に入っている
r			「・施設名又は医療機関名: 市・町・村)」
			・入 所 又 は 入 院 時 期 : 年 月から入所(入院)している。
			・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。(いる ・ いない)
			□以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した
ł	スビー	サ	「・入所していた施設名: (市·町·村) 〕
			・退 所 し た 時 期: 年 月 退所
İ		等の	□在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている
		利用	□訪問介護(□ 毎日 □週4~6日 □週3日以下) □訪問入浴介護(□週3回以上 □週2回以下)
		状況	□訪問看護(□毎日 □週4~6日 □週3日以下) □訪問リハビリテーション(□毎日 □週4~6日 □週3日以下)
	λ		□通所介護(□毎日 □週4~6日 □週3日以下) □通所リハピリテーション(□毎日 □週4~6日 □週3日以下)
	所申		□短期入所生活介護(最近3か月の利用日数 日) □短期入所療養介護(最近3か月の利用日数 日)
	人所申込者の状況		□小規模多機能型居宅介護 □その他()
	の状		※居宅サービス等が充分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 、
	況		
Ì		住宅の状況	□他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない
			(理由) 住宅の状況を記入して下さい。(自宅が古く、取り壊し中など)
			□段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である
			(理由) 住んでいる家の住宅改修が困難か否か
		認知症など	□認知症などによる症状 (頻繁にみられるもの) がある □認知症などによる症状はない
			□ 徘徊(室内を含む) □ 暴言や暴力がある □ 不潔行為(排泄物をいじるなど)
			口 妄想(物を盗られたなど) 口 介護拒否(入浴, 着替えなど) 口 幻覚(現実にないものが見える)
		の	□ 不穏(いらいらしている) □ 抑うつ状態(ふさぎこんでいる) □ 異食(食べ物以外を口にする)
		状 況	□ 昼夜の逆転がある □ 大声や奇声を出す □ 物を集める、無断で持ってくる
			□ その他(
		4+	居宅で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は、次のとおりです。
	入		□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
	申	特例	頻繁に見られる。
	込者が		□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
	人所申込者が要介護	入所	さ等が頻繁に見られる。
	ガ 護 1	の の	口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、
	2の場合	申 立	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。
	合	<u></u>	※具体的状況
			J

	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号									
	認知症高齢者の日常生活自己	立度 I · II a · II b	· Ш а · Ш b · IV · М									
	障害高齢者の日常生活自立原	障害高齢者の日常生活自立度 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2										
	在宅サービス利用率	9	%(直近3ヶ月の平均)									
担当介護支援専門員記入	□ その他(<現在療養中の病気・主流 意見等 「特例入所の要件((※ 要介護 1 ・ 2 の場合のみ)(、を記入してください。 この欄は、担当の)									
欄	※要介護 1・2の方の「特例入所」の要件 ①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。 ②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。 ③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。 ④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。											
	入所申込書受付日	年 月 日										
	入 所 決 定 日	年 月 日 ———————————————————————————————————										
施設記入欄												