

特別養護老人ホーム さくらの舞 本館

【特例(要介護1又は2) 要介護3～5】

受付日 令和 年 月 日

入 所 申 込 書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	入所判定及び入所待機者の状況把握に必要な場合は、施設が市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から、必要な情報を得ることに同意します。 また、施設が行政機関等からの求めに応じて情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 氏名
-----	---

申請者 (連絡先)	〒 - 住所	氏名
		電話 ()
		携帯 ()

入所申込者	フリガナ		性別	保 険 者	
	氏名		男・女	被保険者番号	
	生年月日	大・昭 年 月 日		要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5)
	現住所	〒 -		要介護認定 有効期間	令和 年 月 日から
					令和 年 月 日まで
	居住状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居 <input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居			<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:			
		※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)			
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()			
	特例入所理由	【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、家族等による深刻な虐待、単身世帯、同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であるかがわかるように)			

入所申込者	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 開設時に入居をしたい <input type="checkbox"/> 半年後～1年後程度後に入居したい <input type="checkbox"/> とりあえず入居申込をしたい			
	入所希望施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームさくらの舞 本館 ユニット型 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームさくらの舞 本館 多床室 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームさくらの舞 岐南（岐南町の方のみ）			
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設 <small>のみ</small> の申請 <input type="checkbox"/> 併設さくらの舞にも申請している <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している（申請している施設名： _____） （申込時期： _____年 _____月 _____日）			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他（ _____）			
主介護者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 _____年 _____月 _____日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他（ _____）			
同居家族	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
	氏名		年齢		本人との関係
入所希望理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。（ <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住） <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がないため。 （介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある） <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できないため。 （介護者が <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している） <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難であるため。 （理由： _____）				
備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ _____）名前（ _____） <input type="checkbox"/> いない			

【施設記入欄】

※調査票（別紙様式2）及び被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票（別表を含む）を併せて提出願います。
 ※要介護1又は2の方は特例入所の要件に該当することを判定したうえで正式な受付をします。
 ※別途資料の提供を求める場合があります。

特別養護老人ホーム さくらの舞 本館

【要介護1～5共通】

記入日 令和 年 月 日

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が記載願います。

調 査 票

記載者	事業所名												
	所在地	〒											
	担当者名												
	電話	()				携帯	()						
入所申込者の状況	フリガナ					生年月日	大・昭 年 月 日(満 歳)				施設記入欄		
	氏 名	印				性別	男 ・ 女						
	住 所					電 話	() -						
	保険者					要介護状態区分	要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)						
	保険者番号					被保険者番号							
	要介護認定有効期間	令和 年 月 日				～	令和 年 月 日						
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)	<input type="checkbox"/> いる		事業所名									
		<input type="checkbox"/> いない		担当者氏名				電話					
	医療状況	現在治療中の病名	(<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院・所)										
		医療機関名				担当医師名							
		入院・所の場合	ヶ月間			電話							
		医療機関住所											
	利用中の居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)		週	回程度利用	在宅サービス利用率 (直近3ヶ月間の平均) %							
		<input type="checkbox"/> 訪問看護		週	回程度利用								
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> その他(種類:)		週	回程度利用										
<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない													
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居												
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()									
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居											
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:) ※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)												

入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 メガネ等使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(左・右・両上肢/左・右・両下肢) <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助)
	食事	<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
入所申込者の身体状況等	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声がけ誘導、一部介助、全介助)	既往歴	1・ _____ 発症(年 月 日頃) 2・ _____ 発症(年 月 日頃) 3・ _____ 発症(年 月 日頃)
	性格			
	認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度〕 <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 程度不明 <input type="checkbox"/> 行動障害少ない又はない <input type="checkbox"/> 行動障害有無不明		
		<input type="checkbox"/> 精神的障害有〔特筆すべき症状〕 内容 _____ <input type="checkbox"/> 障害高齢者の日常生活自立度〔 _____ 〕		
	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: _____)			
特例入所該当事項(認知症、知的障害・精神障害等、深刻な虐待、単身世帯・同居家族が高齢又は病弱 等)				
入所申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)				
特記事項				