

入所申込書兼状況調査票

ご記載見本

各項目に沿って、ご記入ください。また「□」のある項目は「☑」チェックしてください。

特別養護老人ホーム八木山翠風苑 亀井 雄 一 様

次の通り施設入苑を申し込みます。

※印刷は「白黒」で行ってください。

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

| | | | | | | |
|---------|-----------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--|
| 申請者 | ふりがな | やぎやま みどり | | 続柄 (長女) | | |
| | 氏名 | 八木山 翠 | | | | |
| | 住所 | 〒 982 - 0823 仙台市太白区恵和町38-10 | | | | |
| 電話 | 090 (0000) 0000 | ☐大 ☑昭 ☐平 44年7月10日生 52歳 | | | | |
| 本人の状況 | 介護保険被保険者証番号 | (健康保険被保険者番号ではありません。お間違いないようにお願いします。) 0000123456 | | | | |
| | ふりがな | やぎやま たろう | | ☑ 男 ・ ☐ 女 | | |
| | 氏名 | 八木山 太郎 | | | | |
| | 住所 | 〒 同上 | | | | |
| | 電話 | 022 (395) 7730 | ☐ 明治 ☐ 大正 14年8月30日生 82歳 ☑ 昭和 | | | |
| | 要介護度 | ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 | ☑ 要介護4 ☐ 要介護5 | 他の特養申請状況 | 2件 | |
| | 現在の状況 | ☐ 在宅 ☑ 入院中 ☐ 老人保健施設入所中 ☐ その他 () | | | | |
| | 認知症 | ☑ ある (「ある」を選択した方は下記の質問にお答えください。) ☐ なし | | | | |
| | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 次にあげるような症状がありますか? あてはまる番号全てにレ点チェック ☑ をしてください。 ☑ 1. 記憶力の低下 (寸前の記憶が無く、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) ☑ 2. 理解、判断力の低下 (言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な、質問にも答えられないことがある。) ☐ 3. 見当意識の障害 (今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもが分からないことがある。) ☑ 4. 昼夜逆転 (昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) ☑ 5. 徘徊 (はいかい) (目的がなく歩き続けることがある。) ☐ 6. 幻覚 (ご担当のケアマネージャー等にご確認ください。不明の場合は未選択でも構いません。) ☐ 7. 収集癖 (自分のもの、他人のもの、見えないものなどを持ち帰る行動が見られる。) ☐ 8. その他 () | | | | |
| | 現在いる病院・施設名 | 〇〇病院 | 現在右記のような処置を受けている場合は、☑印を記入して下さい。 | ☐ 経管栄養 ☐ 在宅酸素 ☐ その他 () ☐ なし | ☐ 胃ろう ☑ インスリン注射 | |
| 現在の病名 | 糖尿病、脳梗塞後遺症、左大腿部骨折 | | | | | |
| 入苑時期の意向 | ☑ 今すぐ (出来るだけ早く) ☐ 数カ月後 ☐ 数年後 | | | | | |
| 家族構成 | ☐ 一人暮らし ☐ 夫婦二人 ☑ 家族等と同居 ☐ その他 () | | | | | |

※裏面は、ご記入にあくまで、お申込者の方のご意向としてお書き下さい。必ず記載の通りに入苑できるということではございません。

| 介護を行っている方の状況 | 同居・別居にかかわらず、介護を行っている方にお書き下さい。 | 氏名（ふりがな） | 生年月日（年齢） | 続柄（主たる介護者に☑） | 同居の有無 | 仕事の有無 |
|---------------------|---|---|--|---|--|---|
| | | 八木山 翠（みどり） | 昭和44.7.10（52） | 長女（☑） | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input checked="" type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 無 |
| | | 八木山 風（かぜ） | 昭和48.4.16（48） | 次女（ ） | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 | <input checked="" type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 無 |
| | | 八木山 苑（その） | 平成10.7.1（22） | 孫（ ） | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | | | （ ） | （ ） | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 無 |
| その他介護を行っている方の状況 | 介護を病気が答えにくい。介護者の方の状況をお書き下さい。介護者の方が誰もいない場合はお書きいただく必要はございません。 | 介護を病気が答えにくい。介護者の方の状況をお書き下さい。介護者の方が誰もいない場合はお書きいただく必要はございません。 | 障害・病気が（ある） 病名：脳梗塞後遺症 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護2 | | |
| | | 身体障害何級か | <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 4級 <input checked="" type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 6級 | 障害名をお書き下さい。 聴覚障害 | | |
| | | 療育手答え下さい | <input type="checkbox"/> A（重度） <input type="checkbox"/> B（中度・軽度） | | | |
| | | 上記以外の場合にお書き下さい。 | | | | |
| | | 複数人の介護・育児をしていますか。 | <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない | どなたを介護・育児していますか？ | | |
| ケアマネジャーは何処に頼んでいますか。 | 居宅介護支援事業者名： ○○介護支援センター | | 電話番号： 022-395-7730 | ケアマネジャーの氏名： 八木さん | | |

申し込み理由
入院先より、回復したため、近々退院するよう言われました。しかし、自宅では介護者がフルタイムで働いていたり介護することが難しいです。また自宅より近い施設である為、本人にとって、住み慣れた環境で過ごすことができること、家族も面会に行きやすいこともあり、入所を希望しました。

施設入苑手続きを進めるにあたり参考にさせていただきますので、できるだけ具体的にご記入下さい。

※要介護1又は2の方は、以下の特列入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

| | | |
|-----------|---|--|
| 特列入所の該当要件 | <input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態の <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態の <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われ、 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢、地域での介護サービスや生活支援のため。 （指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由） | 該当する項目をチェックしてください。 そのうえで、下に生活が著しく困難な理由をご記入ください。 要介護3以上の方はチェックする必要はありません。 |
|-----------|---|--|

ご本人の状況を文書をお読みの上、下の記入欄にご記名とご押印をお願いいたします。ご本人以外の方のお申込みの場合、ご本人名、代筆者名両方に記載押印をお願いいたします。

氏名（本人） 八木山 太郎 印
 代筆者 八木山 翠 印

ご記入方法でご不明な点がございましたら、お電話にてお問い合わせ下さい。 TEL 395-7730 担当・幸野
 状況が急に変わらぬよう場合には、当死別にご連絡されるようお願いし（022-395-7730）。