

**地域密着型特別養護老人ホーム よつばあたご苑 入所申込書**

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

地域密着型特別養護老人ホーム よつばあたご苑

施設長 森田 拓哉 様

**申込者連絡先**

(ふりがな) 氏名	本人との関係	住所
自宅電話番号		携帯

地域密着型特別養護老人ホーム よつばあたご苑へ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(ふりがな) 氏名		性別	男 ・ 女	
	生年月日		被保険者番号		
	住所		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	施設等に入所 (入院)の 場合	施設名又は病院名	介護認定期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日迄	
	入所希望 理由	入所または入院期間			
		1 介護者がいないため ( ) 2 介護者がいるが高齢当の状況にあり十分な介護が困難な為 ( ) 3 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難な為 ( ) 4 介護者がいるが育児又は家族が障害や疾病の状況にあり十分な介護が困難なため ( ) 5 介護者がいるが就業しており十分な介護が困難なため ( ) 6 他入所施設よりの移動を希望 ( ) 7 その他 ( )			
	利用中の在宅 サービス状況	1 訪問介護 ( )      6 通所リハビリテーション (デイケア) ( ) 2 訪問入浴介護 ( )      7 短期入所生活介護 (特養) ( ) 3 訪問看護 ( )      8 短期入所療養介護 (老健等) ( ) 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 (デイサービス) ( )      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 以下に適切と思われる不適応行動を記載してください。				



入居希望者の状況

食事	食事動作	自立・見守り・一部介助・全介助・経口摂取不可（胃ろう・その他）	
	食事形態	主食	常食・粥・ミキサー・その他（ ）
		副食	常食・一口大・刻み・みじん・ムース・ミキサー・（ ）
	嚥下	むせない・時々むせる・毎回むせる・トロミ剤の使用（有・無）	
排泄	状態	自立 ・ 誘導又は一部介助 ・ 全介助	
	尿意	ある ・ 時々ある ・ ない	
	便意	ある ・ 時々ある ・ ない	
	下着	布パンツ・リハビリパンツ（昼・夜）・オムツ（昼・夜） パッド（昼・夜）	
	場所	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ その他	
入浴	状態	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	方法	家庭浴槽・訪問入浴・施設一般浴・施設機械浴・清拭・（ ）	
	更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
	拒否	なし ・ 時々ある ・ 強くある	
動作	移動動作	自立歩行・杖歩行（安定・不安定）・歩行器（安定・不安定） 車椅子（自走・介助）・寝たきり	
	立位	安定 ・ 支えがあれば可 ・ 不安定 ・ 不可	
	座位	安定 ・ 支えがあれば可 ・ 不安定 ・ 不可	
	寝返り	可 ・ つかまれば可 ・ 不可	
	外出	自力で可能 ・ まれである ・ しない ・ 寝たきり	
身体状況	視力	見える・見えにくい（眼鏡 有・無）・見えない（左・右）	
	聴力	聞こえる・聞こえにくい（補聴器 右・左・両耳）・聞こえない（右・左）	
	言語	話せる ・ 聞き取りにくい ・ 話せない	
	意思	疎通できる ・ ある程度できる ・ 疎通できない	
	麻痺	無・有（左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他（ ））	
	睡眠	普通・眠れないことが多い・不眠 睡眠剤の使用（有・無）	
嗜好品	飲酒	飲まない ・ 飲む（量 ）	
	タバコ	吸わない ・ 吸う（ 本/日）	
認知症の症状		徘徊・不潔行為・異食・介護抵抗・収集癖・声だし・暴言・不快な音を立てる・昼夜逆転・不眠・被害妄想・帰宅願望・自傷（自分を傷つける）・他傷（他人を傷つける）・その他（ ）	
		※上記内容を具体的に記入してください。	



**申込みの有効期限にご注意ください。**

入所申込みには、要介護認定の有効期間に準じた有効期限があります。有効期限は介護認定の有効期間の末日です。有効期限を過ぎた後も引き続き申込みの継続をご希望される場合は、介護認定更新の際に申込更新の手続きをお願いします。（※更新した介護保険証のコピーもご持参ください。）

**介護認定の有効期限が過ぎた後も、引き続き申込み継続をご希望される場合にご提出頂く書類です。**

**状況確認票**

令和 年 月 日

入所者(ご本人)氏名		入所申込者氏名	
------------	--	---------	--

入所申し込みの後、以下の項目のようなご本人の状況変化があった場合、該当する箇所に○印をつけてあたご苑までご提出下さい。ご不明な点はあたご苑（☎048-424-8393）までお尋ね下さい。

(1) 現在の介護度

( ① 要支援 1 又は 2 ②要介護 1 ③要介護 2 ④要介護 3 ⑤要介護 4 ⑥要介護 5 )

(2) 認知症による問題行動の有無

( ①問題行動があり介護に支障がある ② 問題行動はない )

※問題行動・・・自傷行為、夜間せん妄、不穏興奮、大声、奇声、徘徊、不潔行為、摂食以上(異食)、弄火など

(3) 毎月の在宅サービスの利用状況

毎月の利用上限単位数に占める割合（過去3か月平均）が

( ①8割以上10割 ②6割以上8割 ③4割以上6割未満 ④2割以上4割未満 ⑤2割未満 )

※サービス利用状況(利用上限単位数に占める割合)については担当ケアマネジャーから確認をとっておいて下さい。

(4) 入院・他施設入所、又は退院・退所

( ①入院・入所中 ②退院・退所した ③入院・入所したが、すでに退院・退所している )

病院・施設名 ( )

入院・入所期間 年 月 日 ～ 年 月 日

(5) 介護する家族の状況

( ①介護する家族がない ②介護者が高齢、病気、就労 ③家族はいるが、介護が困難な状況 )