

緑風園サテライト(仮称)

地域密着型特別養護老人ホーム 入所(仮)申込書(1) ※ 2 ページありますので確認してください

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます

申込日	
受付日	

〒	—
住所	
氏名	続柄
電話	( )

地域密着型特別養護老人ホームに入居したいので次の通り申し込みます。

申し込み先(入所希望施設)	地域密着型特別養護老人ホーム	保険者	登別市
(フリガナ)		性別	
氏名		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)	要介護度	
現住所	〒 —	要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養等の施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している		
介護者等状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居	
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力あり <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない	
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)	
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)	
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)	
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 十分な介護が出来ず最低限の関わりのみ(介護者はいない)	
生活・経済状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 ( <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヶ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 ) <input type="checkbox"/> オ. 自宅等	
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> 限度額の80%以上	
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している	
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階	
	住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活の出来る住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までに入所したい		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・特記事項】		
生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇すでに申し込んでいる他の施設名( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名( ) ( )		
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係
	氏名	生年月日	年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: )	
	意見	【介護をしている上で困っていること】 【要介護1・2の方は在宅生活継続が困難なやむを得ない事由等】	
紹介事業所 (または支援センター名)	電話番号 担当		

緑風園サテライト(仮称)  
地域密着型特別養護老人ホーム 入居(仮)申込書(2)

(現在の状態についてできるだけ正確に記入してください)

行動について、あてはまる番号に一つだけ□内にチェックをつけてください。

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
イ. 作話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ウ. 実際にないものが見えたり、聞こえることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
カ. 暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
キ. 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"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ク. 大声をだすことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
コ. 目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ス. 1人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ソ. 火の始末や火元の管理ができないことが (入院中などで火の始末や火元の管理が必要ない場合は ない としてください)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
チ. 不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
ツ. 食べられないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
テ. ひどい物忘れ(認知症の場合は、ない、として下さい)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

特定入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅において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があることに関し、以下の事情を考慮することとされました。

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こと

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こと

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こと

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こと

要介護1及び2の方が、～ に該当する場合のみ、特養入所が可能になりますので、要介護1及び2の方に関しては、入所申込書の意見【介護をしている上で困っていること等】の欄に、その状況を記入してお申し込みください。