

7. 入所希望事項等

| | | |
|----------------------------|---------|---|
| 入所希望理由 (該当する項目すべてにチェック) | | <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: _____) |
| 入所希望時期 | | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所したい。 <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい。 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月頃(まで・以降)に入所したい。 <input type="checkbox"/> とりあえず申し込みたい。 |
| 収入等 | 支払い可能金額 | 施設入居後の月額費用として、お支払い可能な金額 <input type="checkbox"/> 3万円未満 <input type="checkbox"/> 3～5万円 <input type="checkbox"/> 5～8万円 <input type="checkbox"/> 8～10万円 <input type="checkbox"/> 10万円以上 |
| | 年間収入 | 入居希望者本人様の年間収入(年金など) <input type="checkbox"/> 60万円未満 <input type="checkbox"/> 60～90万円 <input type="checkbox"/> 90～120万円 <input type="checkbox"/> 120～150万円 <input type="checkbox"/> 150万円以上 |
| 終末期対応 | 延命治療 | 積極的な延命の治療や処置(人口呼吸器の使用等)は希望されますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| | 看取り | 施設内での看取りを希望されますか (医療機関ではなく施設内にて終末期から死期をむかえること) <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 特養申請状況 | | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (申請施設名: _____) (申込時期: _____ 年 _____ 月 _____ 日) |

8. 特例入所

| | |
|--------|--|
| 特例入所理由 | <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である。 <input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態である。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。 <input type="checkbox"/> 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ができず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に受けられないことにより、在宅生活が困難な状態である。 【在宅生活が困難な具体的な状況】 |
|--------|--|

※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。

【入所申請に至る生活歴】 *在宅生活が困難な理由などをご記入ください。

【自由記載欄】 *本書の記載事項以外に特記すべき事項がありましたらご自由にご記入ください。

【施設記入欄】

入所申込書【社会福祉法人 井ノ口会】

1. 入所申込みにあたって

(1) 入所申込みに必要な書類の提出となります。

入所申込書(本書) 介護保険被保険者証(写し) 介護サービス利用票(直近3ヶ月分)

(2) 入所申込みから入所までの流れ

所轄庁(地方自治体等)が示す「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針」に基づき、下記の事項を考慮の上、入所順位を決定し、入所いただけます期日が近くなった段階にてご連絡させていただきます。

- 心身状況・居住環境等による入所の必要性(優先入所、特例入所を含む)
- 入所申込みの期日
- 施設の受入体制

(3) 「申込辞退」「記載事項の変更」のご連絡のお願い

入所申込みを辞退される場合や要介護度の変更など本書に記載された事項に変更が生じた場合には、ご連絡をいただきますようお願いいたします。なお、要介護度の変更の際には「介護保険被保険者証(写し)」を再度ご提出ください。

| | |
|-----|--|
| 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。 |
| | 平成 年 月 日 氏名 印 |

2. 入居希望施設 (入居希望される施設のにレを入れてください。複数の施設の申し込みができます。)

| チェック箇所 | 施設名 | 種別 | | 定員 | 所在地 |
|--------------------------|-----------|---------|-----------------|-----|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 瑞光苑 | 特養 | (従来型・多床室) | 80 | 岐阜市奥1丁目100番地 |
| <input type="checkbox"/> | さくら苑 | 特養 | (従来型・多床室/個室) | 80 | 岐阜市奥2丁目28番地1 |
| <input type="checkbox"/> | あんずの里 | 特養 | (地域密着・ユニット型/個室) | 29 | 岐阜市則松2丁目10番地 |
| <input type="checkbox"/> | フレンドリーおりべ | 特養 | (ユニット型・個室) | 100 | 本巣市七五三735番地 |
| <input type="checkbox"/> | すいと大垣 | 特養 | (従来型・個室) | 80 | 大垣市北方町5丁目25-1 |
| <input type="checkbox"/> | なごみの杜 | グループホーム | グループホーム(個室) | 9 | 岐阜市奥1丁目95番地 |

3. 基本事項

| | | | | | |
|-------|-----------|-------------|-----|-------------------|--------------------------|
| 入所申込者 | フリガナ | | 性別 | 保 険 者 | |
| | 氏 名 | 印 | 男・女 | 被 保 険 者 番 号 | |
| | 生年月日 | 明・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 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで |
| 申請者 | 氏 名 | 続柄() | 電 話 | () | |
| | 〒 - 住所 | | 携 帯 | () | |
| 連絡先① | 氏 名 | 続柄() | 電 話 | () | |
| | 〒 - 住所 | | 携 帯 | () | |
| 連絡先② | 氏 名 | 続柄() | 電 話 | () | |
| | 〒 - 住所 | | 携 帯 | () | |

4. 入所申込者の状況

※ 不明な点は、ご担当のケアマネジャー様等にご確認の上、ご記入ください。

(1) 心身等の状況

| | | | |
|------|--|------|---|
| 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 |
| 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"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声がけ誘導、一部介助、全介助) | 対人関係 | <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的 |
| 性格 | <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない <input type="checkbox"/> その他() | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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はない <input type="checkbox"/> 行動障害有無不明 |) | | |
| | <input type="checkbox"/> 知的障害有〔特筆すべき症状〕 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A1 内容 | |) | |
| | <input type="checkbox"/> 精神障害有〔特筆すべき症状〕 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 1級 内容 | | |) |
| | <input type="checkbox"/> 特になし | | | |
| 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:) | | | | |

(2) 医療等の状況

| | | | |
|-------|--|--|---------------|
| 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"/> 人工透析 <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() | | |
| 持病の有無 | (例 糖尿病 腎臓病など) | 感染症の有無 | (例 肝炎 MRSAなど) |
| 医療状況 | 現在治療中の病名 | (<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院・入所) | |
| | 医療機関名 | 担当医師 | |
| | 入院・入所の場合 | ヶ月間 | 電話 |
| | 医療機関住所 | | |

(3)居住環境等の状況

| | |
|--|---|
| 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"/> 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 ※現在ご入居の施設名 () |
| 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() |
| ※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) | |

5. ご家族等の状況

| | | | | | |
|------|------|---|-----|--------|----------------|
| 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 |
| 同居家族 | 同居有無 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他() | | | 【家族図】 |
| | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | |
| | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | |
| | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | |
| | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | |
| | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | |
| | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | |

6. 居宅サービスの利用状況

| | | | | |
|------------|--|---|-------|-----------------------------------|
| 利用中の居宅サービス | <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー) | 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 | | | |

| | | | | | |
|-----------|------------------------------|-----------|--|----|--|
| 担当ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> いる | 事業所名 | | | |
| | | ケアマネジャー氏名 | | 電話 | |
| | <input type="checkbox"/> いない | | | | |