**特別養護老人ホームいこい　入所申請書**

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

施設長　小林　哲也　殿　　　　　　　　　　　　受付担当者：

　　　　　　　　　　　　　＜　申請者　＞

氏名　　　　　　　　　　　　印　（本人との続柄　　　　）

住所　　〒　　　　　－

電話　　　　　　　　　　（　　　　　）

特別養護老人ホームいこいに入所を希望していますので申請致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所希望者 | 氏名 | ふりがな　　　　　　　　　　　男　・　女 | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生　　　　　　（　　　　）歳 |
| 住所 | 〒　　　－ | 電話 | 　　　　（　　　　） |
| 　　　　 |
| 連絡先1 | 氏名 | 　　　　　　　　（続柄　　　　　） | 電話（携帯） | 　　　　（　　　　） |
| 　　　　（　　　　） |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 連絡先2 | 氏名 | 　　　　　　　　（続柄　　　　　） | 電話（携帯） | 　　　　（　　　　） |
| 　　　　（　　　　） |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 介護保険 | 保険者〔市町村名〕 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 認定有効期間　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | 要介護度 |
| 申請中・　1　・　2　・ |
| 3　・　4　・　5　　 |
| 待機場所該当するものに○を付けて下さい。 | ＊　自宅　 |
| ＊　病院入院　（　一般　・　精神　・　その他　）　入院理由：　病気治療（療養）のため　・　在宅での介護が困難なため　　病院名：　　所在地：　　入院　　　　　年　　　月　　　日　～ |
| ＊　施設入所　（　入所　・　短期利用　）施設形態：　特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・老人保健施設　　　　　　　　療養型病床群・軽費老人ホーム（ケアハウス）・有料老人ホーム　　　　　　　障害者施設・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　施設名：　　所在地：　　入所　　　　　年　　　月　　　日　～ |
| 特例入所に該当する要件 | **要介護度　1・2　の方のみご記入ください**該当する要件にチェックをし、状況をご記入ください□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□知的障がい・精神障がい等を伴い、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る□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□単身世帯である、同居家族が高齢又は虚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 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所希望時期 | * なるべく早く
 | * 未定

（未定の方はご希望の際に再度ご連絡下さい。） |
| 希望施設 | 従来型　　 | * 個室
* 多床室
 | * ユニット型
 | * なごみ
 |
| 桑名市西金井の施設 | 桑名市大央町の施設 |

介護者の状況　　（該当するもの全てにチェックして下さい。）

□入所希望者の単独世帯　□高齢者世帯（夫婦世帯・その他）　□介護者が就業中

□介護者が虚弱（病気治療中・療養中）　　□介護者が複数の人を介護している

家族・近親者の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同居 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 状況（備考） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 別居 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 状況（備考） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**入所希望者の状況**

身体及び日常生活の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　身体状況 | 　　　　日常生活状況 |
| 身長 | 　　　　　　　ｃｍ | 食事 | □自立　□一部介助　□全介助 |
| 体重 | 　　　　　　　ｋｇ | 入浴 | □自立　□一部介助　□全介助 |
| 視力 | □普通　（眼鏡　有・無）　□弱視　□全盲 | 排泄 | □自立　□一部介助　□全介助 |
| 聴力 | □普通　　□やや難聴　　□難聴 | 着脱衣 | □自立　□一部介助　□全介助 |
| 言葉 | □普通　□話しにくい　□話せない | 歩行 | □自立　□一部介助　□全介助 |
| 排泄方法 | 昼　おむつ・リハビリパンツ・下着夜　おむつ・リハビリパンツ・下着 | 用具使用（杖・車椅子・シルバーカー・歩行器） |

健康状態

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病歴 | 傷病名 | 治療状況・症状 | 発病年月 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 特別な医療 | □中心静脈栄養　　□ストーマ（人口肛門）処置　　□酸素療法　　□人口透析□気管切開　　□尿管管理（留置カテーテル）　□褥瘡の処置　　□疼痛の看護□インシュリン注射　　□経管栄養（鼻・胃・腸）　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

精神の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 性格 | □朗らか　□親しみやすい　□几帳面　□懲り性　□わがまま　□頑固　□短気　□無口　□融通がきかない　□好き嫌いが多い　□気にしやすい□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対人関係 | □拒否的　□普通　□協調的 |
| 精神状態 | □正常　□認知症記憶障害（□問題なし　□いくらか問題あり　□問題あり）意志の伝達（□伝えられる　□いくらか問題あり　□問題あり）行動障害　　□興奮　□暴言・暴力　□攻撃的行為　□自傷行為　□奇声　□大声□昼夜逆転　□弄火　□幻覚　□幻聴　□夜間せん妄　□不潔行為　□弄便□妄想　□徘徊　□異食等摂食異常　□不安　□焦燥　□うつ　□介護拒否□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

かかりつけ病院等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ病院 | 医療機関名 |  | 所在地 | 〒　　　－ |
| 主治医氏名 | 　　　（担当：　　　　　科） | 電話 | （　　　　） |
| ケアマネージャー | 所属機関 |  | 所在地 | 〒　　　－ |
| 担当者 | ふりがな | 電話 | （　　　　） |

＊現在の在宅サービス利用状況の確認を担当ケアマネージャーに問い合わせても

よろしいですか。　□はい　□いいえ（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 入所に際する要望等 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 説明確認欄私は、特別養護老人ホーム　いこい　入所についての説明を受けました。　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄（　　　　　） |