入所申込書　兼　調査書

※右の２つから入所を希望される特養を選んで”〇”で囲んで下さい。（両方でも可能です）――――→

彦島迫町（定員 100 名）　彦島塩浜町（定員 29 名）

記入日（申込日）：　　年　　月　　日

入所を希望される方の状況

フリガナ			生年月日
氏名			明治・大正・昭和 年　月　日
要介護度	要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５		
要介護１および要介護２の方で入所を希望する場合の理由はどれに該当しますか？ ※要介護１または２の方は記入して下さい。	① 認知症であり、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る。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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。 具体的な状況 ＊自宅において日常生活を営むことが困難な事由について、具体的な内容をご記入下さい。		
認定の有効期間	平成　年　月　日　から　平成　年　月　日まで		
生活保護受給	□ 受給している　□ 申請中　□ 受給していない		
本人の現在の所在	下記の事項の中で該当する箇所にチェックをつけてください。 □ 自宅　□ 自宅以外（□ 病院　□ 老人保健施設　□ その他）		
	自宅の方は右の事項を記入して下さい。	同居者の人数	□ 一人暮らし　□ 家族と同居
		同居している方達の続柄	□ 配偶者　□ 子　□ 孫　□ 兄弟　□ その他 ※入所される方からみて記入して下さい。
	自宅以外の方は右の事項を記入して下さい。	病院/施設名	
		電話番号	（　　）　　－
		開始日	年　月　日から入院もしくは入所
		退院もしくは退所した場合の住環境	□ 一人暮らし　□ 家族と同居　□ その他
		同居が予想される方の続柄	□ 配偶者　□ 子（嫁・婿含む）□ 孫　□ 兄弟 □ その他　※入所される方からみて記入して下さい。
ケアマネの状況について	□利用していない		
	□利用している	事業所名（　　）ケアマネ名（　　）	

入所を希望される方の状況	主な病歴	期間	病名	病院名
		年　月頃～		
		年　月頃～		
		年　月頃～		
	身体およびコミュニケーションの状況	食事	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助	
		移動	□ 歩行　□ つかまり歩き　□ 杖使用　□ 車椅子　□ 寝たきり	
		意思の疎通	□ できる　□ たまにできる　□ できない	
	ご本人の行動について	下記の事項は介護するにあたって支障がある場合にチェックをつけて下さい。 □ 徘徊する　□ 奇声や大声をあげる □ 夜間不眠や昼夜の逆転がある　□ 暴言や暴力的な行動がある □ 放尿・放便がある（失禁を除く）　□ 被害妄想がある □ 介護に対して拒否的である　□ 火の不始末がある □ その他介護する上で問題となる行動がある （　　）		
	医療等の必要性	感染症	□ 有　□ 無	
		医療器具等の使用	□ バルーン　□ 経管栄養　□ ストーマ　□ インシュリン注射 ※医療器具等を使用する方の入所は施設の状況によって受入人数の制限をさせて頂きます。	

世帯の状況	該当する箇所にチェックをつけて下さい。	同居者（同一敷地内を含む）が、　□ 有　□ 無		
		同一市内に子および子の配偶者、親族等が、　□ 有　□ 無		
	※同居者または、子および子の配偶者、親族等の情報を下記の表に記入して下さい。			
	氏名	続柄	年齢	住所・電話番号
				〒　－
				〒　－
				〒　－

介護する方の状況	※上記の「世帯の状況」欄の中から主に介護をする方を１名選び、その方の状況について、下記の事項の中で該当するものがあれば、その箇所にチェックをつけて下さい。		
	フリガナ	自宅電話番号	－　－
	主に介護する方 氏名	携帯電話番号	－　－
	□ 難病等である（病名：　　） □ 障害３級以上の障害がある。 □ 要介護（５・４・３・２・１） □ 要支援（２・１） □ ６５歳以上である □ 病弱で介護に支障がある（病名：　　） □ 入院中もしくは入所中である □ 本人以外にも障害者、高齢者を常時介護している		

備 考	この「入所申込書　兼　調査書」に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、優先的な入所の判断において、特に考慮する必要がある場合は、その内容をご記入下さい。

入所の説明確認および要介護・要支援認定に係る個人情報提供の同意書

（説明確認）
　私は、入所の申込に際し、入所申し込みから入所決定の方法、入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。
　【要介護１または２の方】
　上記及び、特例入所の要件に該当する場合のみ入所の対象となることについて、施設から説明を受けました。
（個人情報提供同意）
　特別養護老人ホームの入所の円滑化に資するため、入所判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保健施設、主治医、市町村または児童民生委員に対し、介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、または個人情報を提供することに同意します。
　【要介護１または２の方】
　上記及び、特例入所に際し、その理由等の個人情報を施設が市町に対し報告することに同意します。

入所申込対象者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込代行者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆）　代行者続柄　：

代行者住所　：〒　－　　代行者電話番号　：　－　－

※この申込書の有効期限は、申込日以降に開催される最初の入所検討委員会の結果が出るまでです。引き続き入所を希望される方は、入所検討員会の結果が届き次第、入所申込書を再提出して下さい。
※要介護度や住所、介護者の住まい等の状況など、今回記入した内容と状況が変わった場合は、入所申込書を再提出して下さい。
※他の施設への入所やお亡くなりになった場合など、申込みを取消される場合はご連絡下さい。（連絡先：083-266-8287）

「介護保険被保険者証」の写しを必ず添付して下さい。