

## 特別養護老人ホームはかた寿園 入所申込書

入所予定者の状況	フリガナ											住所										
	氏名											住所										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	電話														
	介護保険	保険者	今治市・その他( )										要介護度	3・4・5								
		被保険者番号												( 1・2 ) <small>別途下記及び裏面に在宅介護が困難な理由の記載が必要です。</small>								
		有効期限	年 月 日 から										年 月 日 まで									
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 別居しているが同一敷地内又は近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設(病院)名： _____ 入所(入院)日： _____																				
	介護者(介護する人)の有無	<input type="checkbox"/> 介護する人が誰もいない <input type="checkbox"/> 介護する人がいる <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/> 一緒に住んでいる</td> <td>介護者氏名： _____ (人世帯)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 別に住んでいる</td> <td>続 き 柄： _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>介護者生年月日： _____</td> </tr> </table>														{	<input type="checkbox"/> 一緒に住んでいる	介護者氏名： _____ (人世帯)	<input type="checkbox"/> 別に住んでいる	続 き 柄： _____		介護者生年月日： _____
	{	<input type="checkbox"/> 一緒に住んでいる	介護者氏名： _____ (人世帯)																			
		<input type="checkbox"/> 別に住んでいる	続 き 柄： _____																			
		介護者生年月日： _____																				
入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)がいないため <input type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)が生活のため仕事に就いているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)が未就学児の子や孫の世話をしているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)が病気や障害などで介護が困難 (病名、要介護や障害の程度等 _____ ) <input type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)が他の者も介護しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <small>施設や病院から退所(退院)を求められている場合は自宅での生活状況を想定して記入して下さい。</small>																					
要介護1・2の方のみ記入	認知症、知的・精神障害等で、生活で困った事などの状況について。介護が困難であるご家族の状況など <input type="checkbox"/> 認知症がひどく、頻繁に生活に支障がでる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害がひどく、頻繁に生活に支障がでる。 <input type="checkbox"/> 家族等による虐待等があり自宅で生活できない。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、又は老老介護である。																					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろうなど) <input type="checkbox"/> インスリン注射(1日 回) <input type="checkbox"/> 持続点滴(IVH) その他、現在治療中の病気など、わかる範囲で記入して下さい。 (病名： _____ かかりつけ医： _____ )																					
申込状況	<input type="checkbox"/> はかた寿園のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む(施設名： _____ )																					
介護認定やケアプラン等に関わりのある居宅介護支援事業所名を記入して下さい 事業所名： _____ 担当ケアマネージャー： _____																						

申込者	フリガナ											住所					電話番号		
	氏名											住所					携帯電話		
																	続き柄		

特別養護老人ホームはかた寿園の入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申し込みに必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 入所申し込みに必要な「ケアプランに関する情報」等を居宅介護支援事業所等から得ること。
3. 市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村へ提供すること。
4. 入所判定に必要な「心身等状況」「介護保険情報」を入所・入院施設、居宅ケアマネ等から得ること。
5. 要介護1・2の特例入所申込みの方の情報を市町村に報告し、意見を求めること。

\*. 入所は申し込み順ではありません。今治市の定める入所に係る指針により順位が確定します。

また、申し込み状況によって順位の変動があります。

令和 年 月 日

氏名(本人又は代理人)

印

寿園使用欄	初回受付日	年 月 日	No.1 ( )	No.2 ( )
-------	-------	-------	----------	----------

## 入所申込み時の状況について

入所希望者氏名					
家族構成					
関係	氏名	主に介護する人に ○	住所	身元引受人 予定者	電話（任意）
配偶者					
子（続柄）					
子（続柄）					
子（続柄）					
その他（）					
その他（）					

**要介護1及び要介護2の方が申し込む際には、必ず記入してください。ご記入がない場合は申し込みを受理できません。**  
 また、特例入所の要件に該当しない場合には、申し込みは受理されず返却となります。  
 ※ 特例入所申込みを必要とする理由（認知症、精神・知的障害の状況、家族状況など）

下記の□欄の当てはまる項目に、チェック（✓）をしてください。 **全ての申込者が記入してください**

質問事項	チェック項目	その他状態
食事について	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる	むせたりしませんか？ (する・しない) ご家族と同じ食事ですか？ (同じ・別の形状)
	<input type="checkbox"/> 少しの介助が必要	
	<input type="checkbox"/> 全て介助している	
	<input type="checkbox"/> 胃ろう等の栄養である	
トイレについて	<input type="checkbox"/> 失敗なく自分でできる	夜も同じですか？ (同じ・異なる： ) 尿意、便意はありますか？ (わかる・わからない)
	<input type="checkbox"/> ズボンの上げ下ろしが不十分	
	<input type="checkbox"/> 付き添って全て介助している	
	<input type="checkbox"/> オムツの中にしている	
下着について	<input type="checkbox"/> 普通の布製パンツ	尿取パットを使っていますか？ (使う・使わない)
	<input type="checkbox"/> 布製の介護パンツ	
	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	
	<input type="checkbox"/> テープ式の紙おむつ	
生活について	<input type="checkbox"/> お昼はベッド（布団）から離れて過ごす	
	<input type="checkbox"/> お昼はベッド（布団）上で座って過ごす	
	<input type="checkbox"/> お昼もベッド（布団）で寝たまま過ごす	
本人への告知について	<input type="checkbox"/> 本人も承知済みである	
	<input type="checkbox"/> 本人は迷っている	
	<input type="checkbox"/> 本人は拒否している	
	<input type="checkbox"/> 本人には話していない	
	<input type="checkbox"/> 本人は認知症で判断できない	
希望の時期について	<input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望	
	<input type="checkbox"/> 出来るだけ早い時期を希望（できれば半年以内）	
	<input type="checkbox"/> 現在は大丈夫だが、ゆくゆくは入所希望（できれば1年以内）	
	<input type="checkbox"/> 今後の備えとして申込み（1年以上は大丈夫）	
現在の介護サービスの利用などについて	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ヘルパー）利用	(1ヶ月 日程度利用)
	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア利用	(1ヶ月 日程度利用)
	<input type="checkbox"/> ショートステイ利用	(1ヶ月 日程度利用)
	<input type="checkbox"/> 入院、入所（老健）中なので使っていない	