

特別養護老人ホーム けやきの里あやめ館 入所申込書(1)

〈入所申込をされる前にお読みください〉

- ◎ この申込書に記入された内容については、入所待機の管理及び入所判定以外の目的には使用しません
- ◎ 後にご本人やご家族(介護者)の状況に変動があった場合は、別紙「変更届」を提出してください。
- ◎ 申し込みを取り下げする場合は、別紙「取下届」を提出ください。
- ◎ けやきの里入所申込書(1)(2)(3)、介護保険証の写し、負担割合証の写し、負担限度額認定証の写し(お持ちの方)を一緒にご提出ください。
- ※ 提出方法は、直接けやきの里に持参していただくか、郵送での受付となります。
- ※ 直接持参される場合は、事前にご連絡をいただき、お約束の上ご来所ください。

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| 記入日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

| | | | | |
|-----|----|---|---|---|
| 受付日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

申込者(代理人)

| | |
|-----|----|
| 氏名 | 続柄 |
| 〒 - | |
| 住所 | |

| | |
|----|-----|
| 自宅 | () |
| 携帯 | () |

【希望施設に○を付けてください。両方○可】

| 入所申込み先 | 特別養護老人ホーム けやきの里 特別養護老人ホーム けやきの里あやめ館 | 性別 | 保険者 (市区町村名) | | |
|---------------------|--|-----------------|----------------|----------------------------|---------|
| 入所希望者 | フリガナ | 性別 | 介護保険 被保険者番号 | | |
| | 入所希望者 氏名 | 男・女 | 要介護 | 1・2・3・4・5 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日()歳 | 要介護 認定期間 | 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで | |
| | 現住所 | 〒 - | | | |
| 入所希望者本人・ 家族の状況 | (ア)入所希望者本人の状況→下記の該当する番号1つに○をしてください。 1 独居 2 高齢者(65歳以上)のみの世帯 3 同居家族がいる ※「家族」とは、配偶者(同等の関係にある者)一親等(父母、子、子の配偶者)二親等(祖父母、孫、兄弟姉妹、孫の配偶者、本人の兄弟姉妹の配偶者)とします。 | | | | |
| | (イ)主たる介護者がある家族の状況→下記の該当する番号に1つ○をしてください。 1 主たる介護者である家族がない(音信不通を含む) 2 主たる介護者がある家族が入院・入所・県外 3 主たる介護者である家族はいるが、 (□要介護、□要支援、□高齢、□療養、□障害、□育児、□就労、□他介護)のため介護ができない 4 主たる介護者である家族はいるが、上記以外の理由で介護が困難である。 5 いずれにも該当しない。 | | | | |
| | 主介護者の 状況 (同居・別居) | | 氏名 | 年齢 | 歳 続柄 |
| | | | 住所 | | |
| | | | 障害及び疾病 | | 無・有 () |
| | | | 就 労 | | 無・有 () |
| その他 () | | | | | |
| 在宅で介護する ことが難しい理由 | | | | | |

特別養護老人ホーム けやきの里あやめ館 入所申込書(1)記入例

〈入所申込をされる前にお読みください〉

- ◎ この申込書に記入された内容については、入所待機の管理及び入所判定以外の目的には使用しません
- ◎ 後にご本人やご家族(介護者)の状況に変動があった場合は、別紙「変更届」を提出してください。
- ◎ 申し込みを取り下げする場合は、別紙「取下届」を提出ください。
- ◎ けやきの里入所申込書(1)(2)(3)、介護保険証の写し、負担割合証の写し、負担限度額認定証の写し(お持ちの方)を一緒にご提出ください。
- ※ 提出方法は、直接けやきの里に持参していただくか、郵送での受付となります。
- ※ 直接持参される場合は、事前にご連絡をいただき、お約束の上ご来所ください。

記入日 2024年 〇〇月 〇〇日

受付日 平成 年 月 日

申込者(代理人)

氏名 けやき 太郎 続柄 長男
住所 〒 270-0000
我孫子市 青山 415

自宅 04 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
携帯 〇〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇

【希望施設に○を付けてください。両方○可】

| | | | | | | |
|-------------------|---|--|---|---------------------------------|---|--------------|
| 入所申込み先 | | 特別養護老人ホーム けやきの里 <input type="radio"/> | 特別養護老人ホーム けやきの里あやめ館 <input type="radio"/> | 保険者 (市区町村名) | 我孫子市 | |
| 入所希望者 | フリガナ | | 性別 | 介護保険 被保険者番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | |
| | 入所希望者 氏名 | あやめ 一郎 | <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女 | 要介護 | 1・2・3・ <input checked="" type="radio"/> 4・5 | |
| | 生年月日 | <input checked="" type="radio"/> 大・ <input type="radio"/> 昭 10年 11月 1日()歳 | 要介護 認定期間 | 令和 5年 5月 1日から 令和 6年 4月 30日まで | | |
| | 現住所 | 〒 270 - 0000 我孫子市 青山 415 | | | | |
| 入所希望者本人・ 家族の状況 | (ア)入所希望者本人の状況→下記の該当する番号1つに○をしてください。 | | | | | |
| | <input checked="" type="radio"/> 1 独居 2 高齢者(65歳以上)のみの世帯 3 同居家族がいる | | ※「家族」とは、配偶者(同等の関係にある者)、一親等(父母、子、子の配偶者)二親等(祖父母、孫、兄弟姉妹、孫の配偶者、本人) | | | |
| | (イ)主たる介護者がある家族の状況→下記の該当する番号に1つ○をしてください。 | | | | | |
| | 1 主たる介護者である家族がいない(音信不通を含む) <input checked="" type="radio"/> 2 主たる介護者がある家族が入院・入所・県外 3 主たる介護者である家族はいるが、(□要介護、□要支援、□高齢、□療養、□障害、□育児、□就労、□他介護)のため介護ができない 4 主たる介護者である家族はいるが、上記以外の理由で介護が困難である。 5 いずれにも該当しない。 | | | | | |
| | 主介護者の 状況 (同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居) | | 氏名 | あやめ 太郎 | 年齢 | 55 歳 続柄 長男 |
| | | 住所 | 270-0000 茨城県 〇〇市 〇〇 | | 電話 | 04-0000-0000 |
| | | 障害及び疾病 | <input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有 () | | | |
| | | 就 労 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 () | | | |
| | | その他 | () | | | |
| 在宅で介護することが難しい理由 | | 脳梗塞での入院により車椅子での生活になってしまい、自宅での生活は困難。 主介護者は県外で仕事もあり、介護ができない。 | | | | |

特別養護老人ホーム けやきの里あやめ館 入所申込書(3) 記入例

入所希望者の身体状況等の該当するものに○(ケアマネジャーと契約している場合は相談し記入を依頼)して下さい。
 (「特記事項」「頻度及び実績」についても、可能な限り具体的にお書き下さい。)

| | |
|-------------------------------|--|
| 身体状況 | 歩行： 自立 ・ 杖や歩行器・手すり等があれば歩行可 ・ 一部介助 ・ 歩行不可 (特記事項： 車椅子)) 移乗： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 全介助 (特記事項：)) 排泄： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ ポータブル使用 ・ おむつ使用 ・ 全介助 (特記事項： 昼夜共にオムツ対応)) 食事： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 全介助 (特記事項： 全粥・刻み 食事介助必要)) 入浴： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 清拭のみ ・ 全介助 (特記事項： 介助が必要)) 視力： 普通 弱視 全盲) 聴力： (普通 やや難聴 難聴) 嚥下(えんげ)： 自立 見守り必要 ・ 不可 睡眠： 良 ・ 不良 (服薬：□なし □あり) 麻痺(まひ)： □なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (部位：)) 褥瘡(じよくそう)： <input checked="" type="checkbox"/> なし □あり (部位：)) |
| コミュニケーションの状況 | 発語： 話ができる ・ 聞き取りにくい ・ 何を言っているか分からない ・ 話せない 意思決定： できる 特別な状況を除いてできる ・ 日常的に困難 ・ できない 理解： できる 特別な状況を除いてできる ・ 日常的に困難 ・ できない |
| 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準及び精神状態・問題行動 | 認知症高齢者の日常生活自立度(□自立 □I □IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb □IIIa □IIIb □IV □M) 【精神状態】 □幻覚 □妄想(被害・嫉妬・物盗) □せん妄 □睡眠障害 □心気症状 □不安 □焦燥 □抑うつ □興奮 (特記事項(頻度等)：)) 【問題行動】 □やたらに物を口に入れる □物を拾い集める □徘徊 □昼夜逆転 □繰り返し行為 □失禁 □大声・奇声をあげる。 □火の扱い(消し忘れ等) □自傷行為 □介護拒否 □不潔行為 □性的異常行為 □攻撃的行為 □不穏(暴言・暴行・破壊) (特記事項(頻度等)：)) |
| 医療の状況 | 現在治療中の病気・ケガ 脳梗塞 心不全 既往症(感染症を含む、治療期間・病名・医療機関を明記して下さい) 脳梗塞 心不全 かかりつけ医 病院名 我孫子聖仁会病院 科目名 内科 □経管栄養 (胃ろう ・ 経鼻) □在宅酸素 □インシュリン注射 □点滴 □透析 (週 回、曜日：) □その他()) (特記事項) |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 居宅介護支援事業者〇〇 担当者： 〇〇 電話番号 ()) (特記事項) |