

# 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	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	
	現住所	〒 -		平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで
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		
		電話		
		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( 2 )

申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定 ◇既に申し込んでいる他の施設数      件 (名称: _____ )
	◇今後申し込む予定の他の施設数      件 (名称: _____ )
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 20    年    月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所したい <input type="checkbox"/> その他( _____ )
介護保険 負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割      介護保険負担 限度額認定証 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(    段階    )
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい

入 所 希 望 者 及 び 家 族 の 状 況	入所を希望する理由 (該当するもの全てを選んで下さい)	<p>※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。その為、下記の項目についても、該当するものを必ず回答して下さい。)</p> <input type="checkbox"/> 介護するものがないため(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから十分な介護が難しい為 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が難しい為 <input type="checkbox"/> 住まいの環境の事情により、十分な介護が難しいため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・退院を求められているが、自宅では介護が難しいため <input type="checkbox"/> その他( _____ )
	(該当するもの全てを選んで下さい)	<p>※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。</p> <input type="checkbox"/> 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。 <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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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。 <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。
	その他意見	【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】

◎ 下記のことについて同意します。

- ・この申込書等の内容を行政へ報告します。
- ・この申請書等の内容を担当ケアマネジャーや関係する医療機関に確認する。
- ・入所申込者がお亡くなりになった場合及び他の施設への入所を確認した時には その情報を本申込施設に提出すること。
- ・申し込みを取り下げされた場合は、申込書等を破棄いたします。

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_

申込者・代理人氏名 \_\_\_\_\_

### 特別養護老人ホーム けやきの里あやめ館 入所申込書( 3 )

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	<p>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： )</p> <p>移乗： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 全介助                  (特記事項： )</p> <p>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： )</p> <p>食事： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 全介助                  (特記事項： )</p> <p>入浴： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 清拭のみ ・ 全介助                  (特記事項： )</p> <p>視力： ( 普通 弱視 全盲 ) 聴力： ( 普通 やや難聴 難聴 )</p> <p>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)</p> <p>麻痺(まひ)： □なし □あり (部位： )</p> <p>褥瘡(じょくそう)： □なし □あり (部位： )</p>						
コミュニケーション の状況	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>						
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	<p>認知症高齢者の日常生活自立度(□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M)</p> <p><b>【精神状態】</b></p> <p>□幻覚 □妄想(被害・嫉妬・物盗) □せん妄 □睡眠障害 □心気症状</p> <p>□不安 □焦燥 □抑うつ □興奮</p> <p>(特記事項(頻度等)： )</p> <p><b>【問題行動】</b></p> <p>□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</p> <p>□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</p> <p>□不潔行為 □性的異常行為 □攻撃的行為 □不穏(暴言・暴行・破壊)</p> <p>(特記事項(頻度等)： )</p>						
医療の状況	<p>現在治療中の病気・ケガ</p> <p>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)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: left;">かかりつけ医</td> <td style="border: none; text-align: center;">病院名</td> <td style="border: none; text-align: right;">科目名</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"> <input type="checkbox"/>経管栄養 ( 胃ろう ・ 経鼻 )   <input type="checkbox"/>在宅酸素   <input type="checkbox"/>インシュリン注射   <input type="checkbox"/>点滴  <input type="checkbox"/>透析 ( 週 回、曜日： )   <input type="checkbox"/>その他( )                 </td> </tr> </table> <p>(特記事項)</p>	かかりつけ医	病院名	科目名	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 胃ろう ・ 経鼻 ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 ( 週 回、曜日： ) <input type="checkbox"/> その他( )		
かかりつけ医	病院名	科目名					
<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 胃ろう ・ 経鼻 ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 ( 週 回、曜日： ) <input type="checkbox"/> その他( )							
担当 ケアマネジャー	<p>事業所名 担当者名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ( )</p> <p>(特記事項)</p>						

# 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 ○○月 ○○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 (0000) 0000  
携帯 000(0000) 0000

【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 checked="" type="radio"/>	特別養護老人ホーム けやきの里あやめ館 <input checked="" 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											
	入所希望者氏名	あやめ 一郎		<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	介護保険被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	生年月日	大・昭 10年 11月 1日( )歳		要介護	1・2・3・ <input checked="" type="radio"/> 4・5										
	現住所	〒 270 - 0000 我孫子市 青山 415		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										
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。		※「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)														
	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 ○○市 ○○		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( 2 )

申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定 ◇既に申し込んでいる他の施設数     件 (名称:     )  ◇今後申し込む予定の他の施設数     件 (名称:     )		
入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成     年     月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所したい <input type="checkbox"/> その他(     )		
介護保険負担割合証	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	介護保険負担 限度額認定証	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(     段階 )
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input checked="" type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		

入所希望者及び家族の状況	入所を希望する理由 (該当するもの全てを選んで下さい)	※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。その為、下記の項目についても、該当するものを必ず回答して下さい。) <input checked="" type="checkbox"/> 介護するものがないため(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから十分な介護が難しい為 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が難しい為 <input type="checkbox"/> 住まいの環境の事情により、十分な介護が難しいため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・退院を求められているが、自宅では介護が難しいため <input type="checkbox"/> その他(     )
	その他意見	【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】 脳梗塞を起こして入院中。リハビリを行っているが、車椅子生活。 自宅に帰って一人では生活ができない。 また、主介護者は息子で県外で仕事もあり、介護は出来ない。 本人も年金内で暮らせる施設に入所を希望する。

◎ 下記のことについて同意します。

- ・この申込書等の内容を行政へ報告します。
- ・この申請書等の内容を担当ケアマネジャーや関係する医療機関に確認する。
- ・入所申込者がお亡くなりになった場合及び他の施設への入所を確認した時には その情報を本申込施設に提出すること。
- ・申し込みを取り下げされた場合は、申込書等を破棄いたします。

入所希望者氏名     あやめ 一郎

申込者・代理人氏名     あやめ 太郎

# 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： <b>車椅子</b> ) ) 移乗： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ <b>全介助</b> (特記事項： ) ) 排泄： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ ポータブル使用 ・ <b>おむつ使用</b> ・ 全介助 (特記事項： <b>昼夜共にオムツ対応</b> ) ) 食事： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ <b>全介助</b> (特記事項： <b>全粥・刻み 食事介助必要</b> ) ) 入浴： 自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 清拭のみ ・ <b>全介助</b> (特記事項： <b>介助が必要</b> ) ) 視力： <b>普通</b> 弱視 全盲 ) 聴力： ( <b>普通</b> やや難聴 難聴 ) 嚥下(えんげ)： 自立 <b>見守り必要</b> ・ 不可 睡眠： <b>良</b> ・ 不良 (服薬：□なし □あり) 麻痺(まひ)： □なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (部位： ) ) 褥瘡(じょくそう)： <input checked="" type="checkbox"/> なし □あり (部位： ) )
コミュニケーションの状況	発語 <b>話ができる</b> ・ 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 <b>特別な状況を除いてできる</b> ・ 日常的に困難 ・ できない 理解： できる <b>特別な状況を除いてできる</b> ・ 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 <b>脳梗塞</b> <b>心不全</b> 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) <b>脳梗塞</b> <b>心不全</b> かかりつけ医 病院名 <b>我孫子聖仁会病院</b> 科目名 <b>内科</b> □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 <b>居宅介護支援事業者〇〇</b> 担当者： <b>〇〇</b> 電話番号 ( ) ) (特記事項)