

# 福井県特別養護老人ホーム入所申込書

申込日 令和 年 月 日 ( 曜日)

特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)

眞盛苑

申込者	ふりがな 氏名	続柄	受付担当者
	住所	その他連絡先	
	連絡先 自宅: ( ) — 携帯:	氏名	続柄
		連絡先(自宅又は携帯)	

入所を希望する人、その状況について ※ 該当するところは記入か○印、□にはし印を付ける

ふりがな 氏名	男 女	保険者							
		保険番号							
生年月日	大正・昭和	年	月	日	要介護度	1・2・3・4・5・未認定			
住所	〒					段階	負担割合		
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす ( 本人 )								
	<input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中 (施設名 時期 年 月から)								
	<input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 年 月から) * 病名や病状など								
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない(身寄りがいない もしくは 家族がいても疎遠である) * 介護を手伝う方が(いる・いない)								
	<input type="checkbox"/> 独居 もしくは 介護する人が(要介護や要支援・病気療養中・障害を有する等)の状態にある								
	<input type="checkbox"/> 介護する人はいるが(高齢・虚弱・遠方・就労中・育児中・複数介護)のため自宅では困難								
	<input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難								
	<input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期( 年 月頃から)								
	<input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない)								
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・ ) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 透析								
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸痰(日中・夜間/1日 回) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 認知症								
	<input type="checkbox"/> その他( )								
申込みの希望	現在治療中の病気など (かかりつけ医 )				今までにかかった病気など				
	<input type="checkbox"/> 他の施設に申込み済み又はこれから申し込む( ) <input type="checkbox"/> 眞盛苑のみ申し込む * 居室の希望 <input type="checkbox"/> ユニット型 <input type="checkbox"/> 従来型(多床室・個室) <input type="checkbox"/> どちらでも良い								

主に介護している人について ※ 介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名	続柄
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居
意見など	介護で困っていること

同意書	福井県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 (印)
-----	---

※ 申込の際には、被保険者証の(写し)、直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の(写し)を添付してください。

【 施設担当者記入欄 】

A D L	食事	自立(セッティング)・一部介助・全介助	食事形態
	排泄	自立・一部介助・全介助	排泄状況 オムツ介助・トイレ(自立・誘導)
	入浴	自立・一部介助・全介助	入浴状況
	睡眠	良眠・不眠	夜間の状況
	移動	自立・一部介助・全介助	使用器具
	特記事項		

精神・認知	認知症	あり・なし	精神疾患	あり・なし	専門医受診	あり・なし
	病名	( 病院名 )				
	症状	幻覚・幻聴・妄想・失見当識(時間・場所・人物)・失認・意識障害・暴力・暴言 収集・介護抵抗・性的異常行動・奇声・過食・異食・徘徊・気分障害(うつ・躁うつ) 不潔行為・夜間の行動異常( ) その他( )				

入所の 緊急性	<input type="checkbox"/> 退所・退院勧告が出ている <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護者が複数介護をしている もしくは介護者が療養等が必要で十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護放棄、虐待がみられる もしくは懸念される <input type="checkbox"/> 独居や老老介護で在宅介護が継続しがたい <input type="checkbox"/> その他( )
------------	---

変更 記録	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

施設長	事務長	生活相談員

※ 要介護度1または2の場合には下記の事由の有無について記載してください

《自宅で日常生活を営むこと困難な事由》

- 認知症であって、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等が頻繁にみられるため
- 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みられるため
- 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難であるため
- 単身世帯である、同居家族が高齢また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が十分に受けられないため

《該当する事由の具体的な内容》

<u>できるだけ詳しく記入してください</u>