

特別養護老人ホーム 船橋百寿苑 入所申込書

記入者氏名：

記入年月日： 令和 年 月 日

ふりがな：

入所申込者名： \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日： 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 ( 歳 )

郵便番号： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

身元引受人①	ふりがな 氏名	_____	年 齢	_____ 歳	続 柄	_____
	住 所	〒 _____				
	電 話 番 号	_____	携 帯 電 話	_____		
身元引受人②	ふりがな 氏名	_____	年 齢	_____ 歳	続 柄	_____
	住 所	〒 _____				
	電 話 番 号	_____	携 帯 電 話	_____		

※ 身元引受人①と②は、「違う住所地」でご連絡の取れる方で記入願います。

備 考 提出をされる前にもう一度ご確認ください。

- ・ 今後、施設からのご連絡は、上記の「身元引受人」の方にいたします。
- ・ 申込書を提出する際には「介護被保険者証」のコピーを添付してください。
- ・ 申込書に未記入部分が多い場合、判断できかねます。可能な限り詳しくご記入してください。

施設 記入欄	介護	認知	世帯	他事情	施設		合計

状況申告書 ①

入所申込者名					要介護状態区分	1・2・3・4・5	
介護保険者番号	市・区・町・村						
介護認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日			
入所についての本人の意思	① 希望している    ② 希望していない    ③ 判断できない						
同居の家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	日中の連絡先		
同居以外の家族構成	※ 近親者の状況（同居以外の子供。子供がいない場合は兄弟・甥・姪・孫など）						
	氏名	続柄	年齢	職業	日中の連絡先		
主な介護者	氏名				続柄		
申込者の介護環境	① 介護する人がいない。（身寄りが無い・独居・その他）						
	② 介護者が高齢である。（年齢など補記があれば：）						
	③ 介護者が病弱である。（対象者：                      病名：                      要介護度：）						
	④ 複数の方の介護をしている。（他の介護を必要としている方の氏名）						
	上記の方の要介護区分		要支援1・要支援2・1・2・3・4・5			続柄：	
	上記の方の現在居る場所						
	⑤ 主たる介護者が世帯の生計中心者として働いている。（正職員・パート）						
⑥ その他（）							
在宅サービスを： ① 利用していない    ② 利用している（種類）							

## 状況申告書 ②

申込者の居る場所	① 自宅      ② 病院      ③ 他施設（種類： _____）			
	④ その他（ _____）			
	自宅以外 の場所	名 称	入院・入所日	
所 在 地		年    月    日～		
電話番号		ご担当者名：		
申込者の健康状態	現 在 病 名	発症時期		年    月頃～
		発症時期		年    月頃～
		発症時期		年    月頃～
	過 去 傷 病 名	治癒時期		年    月頃迄
		治癒時期		年    月頃迄
		治癒時期		年    月頃迄
	糖 尿 病 の 方 に お 聞 き し ま す	定時血糖測定	無 ・ 有	日（    ）回
		インスリン注射	無 ・ 有	日（    ）回
か か り つ け 病 院 等 ( <small>主治医</small> )	医療機関名 _____			
	所 在 地 _____			
	主治医氏名 _____		電話番号 _____	
在 宅 サ ー ビ ス	在宅サービスを	① 利用している      ② 利用していない		
	介護支援専門員 ( <small>ケアマネジャー</small> )	事業所名 _____		
		担当者名 _____	電話番号 _____	
利用中のサービス _____				
入 所 の 理 由	在宅で介護出来ない状況を解り易く簡潔に記入してください。			
現 在 ま で の 生 活 歴	出生から現在までの出身地・就学歴・職歴・家庭環境などを出来るだけ詳しくご記入ください。			

状況申告書 ③

申込者の身体及び日常生活動作の状況	視力	① 正常 ② 大きな字なら見える ③ ほとんど見えない ④ 全く見えない
	聴力	① 正常 ② 大声なら聞こえる ③ ほとんど聞こえない ④ 全く聞こえない
	会話	① 正常 ② やや不自由 ③ ほとんど話せない ④ 全く話せない
	歩行	① 自立 ② 杖・歩行器使用自立 ③ 半介助 ④ 全介助 車椅子使用 無・有 自走 可・不可 自力移乗 可・不可
	食事	① 自立 ② 声掛け・見守り必要 ③ 半介助 ④ 全介助
		内容 ① 普通食 ② 粗い刻み食 ③ 細かい刻み食 ④ ミキサー食
		⑤ 流動食 ⑥ トロミ食 ⑦ 糖尿病食 ⑧ 減塩食 ⑨ 鼻腔経管栄養 ⑩ 胃ろう ⑪ その他制限等( )
	排泄	① 自立 ② 声掛け・見守り必要 ③ 半介助 ④ 全介助
	更衣	① 自立 ② 声掛け・見守り必要 ③ 半介助 ④ 全介助
	入浴	① 自立 ② 声掛け・見守り必要 ③ 半介助 ④ 全介助
	麻痺	① 右上半身麻痺 ② 左上半身麻痺 ③ 右下半身麻痺 ④ 左下半身麻痺
	床ずれ	無・有 (部位と大きさ )
身体障害等	無・有 (病名・障害名・等級 )	
申込者の精神及び行動の状況	認知症の状況	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M (主治医・ケアマネジャー等に確認願います。※主治医意見書があれば添付願います。)
	下記の問題行動について、項目ごとに該当する数字を記入してください。 ・ 問題行動が無い場合は 『 1 』 を記入 ・ 1 ヶ月に1回以上ある場合は 『 2 』 を記入 ・ 1 週間に1回以上ある場合は 『 3 』 を記入 ・ ほぼ毎日ある場合は 『 4 』 を記入	
	被害妄想になる	感情が不安定になる
	幻覚や幻想がある	暴言・暴力がある
	夜間不眠や昼夜逆転がある	徘徊がある
	大声や奇声を発する	不潔行為がある
	収集癖や盗癖がある	自傷行為がある
	異食行為がある	嘘をつくことがある
	躁鬱の症状が見受けられる	金銭・食物等に非常に執着する
	認知症の状況や問題行動で困っていることを記入してください。	

※ 在宅サービスを受けている方はケアマネジャーに、施設入所中の方は施設の方に相談して記入してください。

## 状況申告書 ④

要介護「1」「2」の方が入所するためには、下記のいずれかに該当する必要があります。  
該当すると思われる項目にチェック（✓）をお願いします。

- 1: 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等が頻繁に見られる。
- 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。

特例入所の要件確認