

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒 :
住所 :
氏名 :
電話 :

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム <b>おもいやりの郷</b>	保険者	
(フリガナ)		性別	
氏名		男・女	被保険者番号
			要介護度
生年月日	明・大・昭 年 月 日( )歳	要介護 認定期間	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
現住所	〒 —		
現況	担当しているケアマネジャー・相談員の連絡先		
	・担当者氏名: _____ ・事業所名: _____ <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 年 月から入所・入院している ◇退所又は退院時期: 年 月頃退所・退院予定 「入院」の場合は、入院となった理由をご記入ください		
入所希望者の状況 入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 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ることから、次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <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"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <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困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 老人保健施設や病院に入所・入院しているが入所費用・入院費等の負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他( )		
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <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。		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名( ) ( ) ( )		

主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____)			
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

## 入所申込補助調査

- 1、入所希望者の介護について負担を感じますか？  
 重く感じる     やや重く感じる     軽く感じる     負担を感じない
  
- 2、介護者は障害や疾患がありますか？  
 障害や疾患がある  
 障害や疾患がある場合、要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事介助、整容等の内、どの程度援助できますか？  
 すべて援助ができない     2つ程度の援助ならばできる     障害や疾患があるができる  
 障害や疾患がない
  
- 3、介護者は就労していますか？  
 高齢で就労不能     1日8時間以上     1日4～8時間     1日4時間未満
  
- 4、介護者は育児や入所希望者以外の家族の看病等がありますか？  
 常時育児又は看病している     半日育児又は看病している     臨時に育児又は看病している  
 特になし
  
- 5、介護者は入所希望者の介護に関わっていますか？  
 介護拒否     非常に消極的     やや消極的     ふつう
  
- 6、同居している他の家族で介護を手伝ってくれるかたがいますか？  
 いない     随時手伝ってくれる(続柄: \_\_\_\_\_)     常時手伝ってくれる(続柄: \_\_\_\_\_)
  
- 7、別居している血縁者で介護を手伝ってくれる方がいますか？  
 いない     随時手伝ってくれる(続柄: \_\_\_\_\_)     常時手伝ってくれる(続柄: \_\_\_\_\_)
  
- 8、近隣者等で介護を手伝ってくれる方がいますか？  
 いない     随時手伝ってくれる(続柄: \_\_\_\_\_)     常時手伝ってくれる(続柄: \_\_\_\_\_)
  
- 9、入所希望者に認知症による問題行動にがありますか？  
 昼夜逆転     徘徊     暴言     暴行     便いじり     火の始末や火元の管理不能  
 食べれない物を口にいれる     1人で外にでたがり目が離せない     外出すると一人で帰れない  
 無断で物を持ってくる     物や衣類を壊したり破いたりする     周囲が迷惑している性的行動がある  
 3つ以上あり     毎日ある     週に1～2回ある     月に1～2回ある     ない
  
- 10、介護者は入所希望者以外に介護を必要とする家族がいますか？  
 いる    (氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_)  
 ①介護度     要支援     要介護1     要介護2     要介護3     要介護4     要介護5  
 ②認知症による問題行動  
 毎日ある     週1～2回ある     月に1～2回ある     ない  
 ③前月の在宅サービス(デイサービス・ショートステイ・訪問介護・訪問看護等)の利用状況は利用限度額の  
 60%以上     50%以上     30%以上     30%未満  
 施設や病院に入所・入院している  
 いない

生活歴調査票

1、家族の状況

氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	同・別居	備考
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日			同・別	
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日			同・別	
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日			同・別	
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日			同・別	
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日			同・別	
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日			同・別	
	男・女	明・大・昭・平 年 月 日			同・別	

2、年金収入状況

年金の種類	金額
国民年金(種別) 記号番号	円/年
厚生年金(種別) 記号番号	円/年
その他の年金	円/年

3、身体の状況 ※日頃介護のご様子をよく御存じの方がご記入ください(ご家族以外の方でも結構です)

身障手帳	無・有 (種 級) 障害名
身長・体重	cm kg
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 失聴
発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> かなり不自由 <input type="checkbox"/> 失語
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 程度)
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)

4、日常生活動作の状況

歩行	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖等歩行補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄(昼間)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄(夜間)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

5、精神状況 ※当てはまるものにチェックをお願いします(性格の欄は複数可)

性 格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面			
	<input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> 自分の事を気にする			
	<input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 人にとけこめない			
	<input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない			
対人関係	<input type="checkbox"/> 普通である <input type="checkbox"/> 拒否的である <input type="checkbox"/> 協調的である			
認知症 ・ 行動障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 認知症(□軽度 □中度 □高度)あり <input type="checkbox"/> 精神障害あり			
	※認知症・精神障害がある場合下記チェックをお願いします			
	物を盗られたと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	作話をして周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	実際にはないものが見えたり聞こえることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	怒って感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	夜間不眠あるいは昼夜逆転症状が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	暴言・暴行・大声を上げることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	目的なく歩き回る・1人で外に出たがるのが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	家に帰ると落ち着かなくなるのが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	食べられないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
	強い思い込み・激しい不安に襲われることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある

6、生活状態(昼・夜の様子)


7、家庭の介護の状況 ※施設・病院に入所・入院されている場合は記入は不要です。


8、生活歴 ※出身地やお仕事など、ご本人の今までの生活を簡単に構いませのでお書きください
