

特別養護老人ホーム太陽と緑の家 入所申込書

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：	年	月	日
受付日：	年	月	日

郵便番号	〒	—
住所		
氏名	(続柄)	
電話番号		

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	太陽と緑の家		保険者		
入所希望者の状況 (該当するものを希望する理由で下さい)	(フリガナ)		性別		
	氏名		被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日()歳	要介護度	1・2・3・4・5	
	現住所	〒 —		要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	<p>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。)</p> <p><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"/> 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 ()</p> <p>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。</p> <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。</p>				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 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：			
	ご意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

現 況 届

1. ご本人の状況

自宅で生活している

介護施設や病院に入っている。※以下にご記入ください。

施設名または病院名	
所在地	
入所・入院時期	年 月ごろから入所・入院している

2. 現在の病名（既往歴）

3. 認知症の状況

認知症による不適切行動	<input type="checkbox"/> 常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし
認知症による不適切行動があれば、具体的にご記入ください	

認知症による行動	ない	少しある (月1～2回)	やや多い (週1～2回以上)	毎日ある
物を取られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
作り話をし、周囲に言いふらしたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
突然泣いたり笑ったりと感情が不安定になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間不眠あるいは昼夜逆転行動が見られる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暴言や暴行がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大声を出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
助言や介護に抵抗する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「家に帰る」などと言い、落ち着かない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外出すると、ひとりで戻れなくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ひとりで外に出たがり、目が離せない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いろんなものを集めたり、無断で持ってくる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火の始末や火の元の管理ができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物を壊したり、衣服を破いたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不潔な行為を行う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べられない物を口に入れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）
介護者の年齢／続柄	年齢（ ）歳 続柄（ ）
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし
介護者の障害や疾病	無・有 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護 <input type="checkbox"/> 介護可能
介護者の就労	無・有 <input type="checkbox"/> 職種（ ）（ ）日／週（ ）時間／日
他の要介護者	無・有 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
介護者の育児、ご家族の病気	無・有 <input type="checkbox"/> 常時育児看病 <input type="checkbox"/> 半日育児看病 <input type="checkbox"/> 臨時育児看病
介護者の介護意欲	無・有 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 意欲的
他の同居家族補助者	無・有 <input type="checkbox"/> 続柄（ ）（ ）日／週程度
別居血縁者介護協力	無・有 <input type="checkbox"/> 続柄（ ）（ ）日／週程度
近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり

5. 身体及び日常生活の状況

視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きい字なら見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない (右・左)
会話	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 全く話せない
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> その場のみ可能 <input type="checkbox"/> 困難
立位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> 少しなら可能 <input type="checkbox"/> 困難
座位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 座位保持の時間（ ）
歩行（移動）	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用している <input type="checkbox"/> はいずりは可能 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用している（自走：可・不可） <input type="checkbox"/> 常にベッド上である
食事	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 主食（白米・お粥・ペースト） おかず（普通・キザミ・ペースト） 飲み込み（良い・あまり良くない・悪い） むせ込み（有・時々ある・無）
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自力で可能（トイレ・ポータブルトイレ） <input type="checkbox"/> 声かけ・誘導が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 使用しているもの（パット・紙パンツ・オムツ） 失禁（有・時々ある・無） 尿意（有・あいまい・無） 便意（有・あいまい・無）
入浴	<input type="checkbox"/> ひとりで可能 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> ひとりで可能 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
麻痺	無・有 部位（ ）
関節が動かない・変形している	無・有 部位（ ）

生活上のこだわり、役割、性格の特徴などがあれば具体的にご記入ください。

入所希望者状況申立書

1. ご家族の状況

同居家族の状況

氏名	続柄	生年月日	職業	電話番号

近親者の状況（ご本人の子供等）

氏名	続柄	生年月日	職業	電話番号

2. ご本人の状況

出生地		生家職業		学歴	
職歴		婚姻	年ごろ	趣味	
経済状況	年金	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 恩給			
	市民税	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯			
	介護負担限度額	<input type="checkbox"/> 該当（ ）段階 <input type="checkbox"/> 非該当			

3. 担当ケアマネジャー及び入所・入院施設担当者名

事業所（施設・病院）	
担当者	
住所	
電話番号	

同意事項

- ・ 本書の内容を「市川市」及び「松涛会」に提供する事に同意します。
- ・ 入所に関わる記載事項の確認に関し、関係病院、施設、担当ケアマネジャーより本人の情報提供を受けることに同意します。
- ・ 入所検討委員会に関わる目的の範囲内で、私及び私の家族の個人情報を使用することに同意します。

____年 ____月 ____日

入所希望者本人(代理人)氏名 _____ (印)

「社会福祉法人 松涛会」は、保有する個人情報の取り扱いに関し、適正かつ適切に対処しております。