

申込日	年	月	日	(注)該当する項目をチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 入所申込
受付施設	<input type="checkbox"/> ときわ荘				<input type="checkbox"/> 変更届出

特別養護老人ホーム入所 申込・変更 届出書

社会福祉法人田村福祉会理事長 様

私は次のとおり現在の私及び私の介護者の状況に関する情報を付して、貴施設に入所申込(変更届出)をいたします。

住所	〒				
電話番号	()	携帯番号	— —		
ふりがな 申込者氏名	印 続柄()				入所対象者本人の同意の有無 有 無

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となります。 ※今後の連絡先とさせていただきます。

私は、下記のとおり現在の私及び私の介護者の状況に関する情報を付して、貴施設に入所申込(変更届出)をいたします。					
入所対象者の状況	ふりがな	性別	被保険者番号		
	氏名	男	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
		女	保険者名		
	生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)		要介護認定期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日
	現住所	〒			
入所希望施設	<input type="checkbox"/> ときわ荘 ※ときわ荘はユニット型個室で、生活保護受給者は対象外。				
現況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢世帯(二人世帯) <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院に入院中 <input type="checkbox"/> 居宅サービス利用中				
	入所(入院)期間		種別	施設(病院名)	
	年 月 日 ~ 年 月 日				
	年 月 日 ~ 年 月 日				
種別: 特養、老健、療養型、病院、軽費老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム、グループホーム等 経済: 生活保護・国民年金・厚生年金・障害年金 万円(月)					
主たる介護者	ふりがな	男	生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)	
	氏名		女	本人との関係	同居の別 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒		電話	
	介護者の意見(介護困難事由)				
身元引受人	ふりがな	男	生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)	
	氏名		女	本人との関係	
	現住所	〒		電話	
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該法人施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる又は今後申し込む予定の施設名 ()				
同意欄	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上申込を行ったものです。又、田村福祉会入所判定委員会に於ける判定資料作成の為、介護支援専門員等による調査の受入れや、居宅介護支援事業所からサービス利用票等の写しを徴すること、保険者から要介護認定資料を徴することに同意します。				
	氏名	印			
	家族又は代理人	印			

※要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。

【個別状況調査票】

※この欄は、介護支援専門員等が調査しご記入してください。

	要介護度	認知症の行動・心理症状の頻度			
		認知症の有無	少しあり (月に1~3回)	やや多い (週に1~3回)	非常に多い (ほぼ毎日)
本人の状況		あり・なし			
	※「認知症の行動の行動・心理症状の頻度」は、認定調査票(基本調査)の中の該当する記号を記入してください。 (1)暴言暴行、(2)大声を出す、(3)介護に抵抗、(4)目的もなく動き回る、(5)外出して戻れず、(6)1人で外に出たがり目が離せない、(7)火の不始末、(8)不潔行為、(9)異食行動、(10)昼夜逆転が1項目以上ある場合。または、(11)物盗られ等の妄想がある、(12)作話をする、(13)実際無いものを見聞きする、(14)感情が不安定になる、(15)しつこく同じ話をしたり不快な音をたてる、(16)「家に帰る」等落ち着きがない、(17)いろいろな物を集めたり無断で持って来る、(18)物や衣類を壊したり破いたりする、(19)ひどい物忘れがある、(20)意味もなく独り言や独り笑いをする(21)自分勝手に行動する、(22)話がまとまらず、会話にならない。				
主介護者の状況	項目	内 容			
	①主介護者が障害、疾病、高齢の状況にある。	<input type="checkbox"/> 介護困難(ADL全般援助困難)	<input type="checkbox"/> 多少介護可能(ADL2つ程度援助可能)	<input type="checkbox"/> 介護可能(ADL全般援助可能)	
	②主介護者が複数の家族等を介護している	<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 多少介護可能	<input type="checkbox"/> 介護可能	
	③主介護者が育児又は家族の看病を行っている	<input type="checkbox"/> 介護困難(常時の育児・看病が必要)	<input type="checkbox"/> 多少介護可能(育児・看病が必要)	<input type="checkbox"/> 介護可能(時々、育児・看病が必要)	
	④主介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 介護困難(介護により生計維持者の就労が困難)	<input type="checkbox"/> 多少介護可能		
	⑤同居家族の協力状況	<input type="checkbox"/> ほとんどなし又ははない	<input type="checkbox"/> 多少あり		
	⑥別居血縁者等の協力状況		<input type="checkbox"/> ほとんどなし又ははない	<input type="checkbox"/> 多少協力可能	
⑦住環境の状況	<input type="checkbox"/> 借家等の住宅状況、経済的状況、地域性等により在宅介護が困難				
サービスの利用状況	居宅サービス利用状況 (居宅サービスの単位数とは、支給限度基準額を示す)	<input type="checkbox"/> 単位数の80%以上			
		<input type="checkbox"/> 単位数の50%以上80%未満			
		<input type="checkbox"/> 単位数の50%未満(経済的事由)			
		<input type="checkbox"/> 単位数の50%未満(介護の必要状況)			
施設サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 特養以外の施設・病院等に入所(入院)しており退所(退院)を求められている。				
医療の状況	既往歴				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ()				
氏名		事業所名		電話番号	
特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。					

《添付書類》 ①「介護保険被保険者証」の写し(全申込者)

② 在宅サービスを利用中の方は、過去3ヶ月間の「サービス利用表・別票」の写し

(様式第1号)

申込日	年	月	日	(注)該当する項目をチェックしてください。	入所申込
受付施設	<input type="checkbox"/> あぶくま荘	<input type="checkbox"/> こまち荘	<input type="checkbox"/> 都路まどか荘	<input type="checkbox"/> 船引こぶし荘	<input type="checkbox"/> ときわ荘

入所申込記入マニュアル

社会福祉法人田村福祉会理事長 様

私は次のとおり現在の私及び私の介護者の状況に関する情報を付して、貴施設に入所申込(変更届出)をいたします。

住所	〒		—
電話番号	()	携帯番号	— —
ふりがな 申込者氏名	印 続柄()		入所対象者本人の同意の有無 有 無

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理者となります。 ※今後の連絡先とさせていただきます。

私は、下記のとおり現在の私及び私の介護者の状況に関する情報を付して、貴施設に入所申込(変更届出)をいたします。					
入所対象者の状況	ふりがな	性別	被保険者番号		
	氏名	男	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
		女	保険者名		
	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	要介護認定期間	平成	年 月 日 ~ 年 月 日
	現住所	〒	—	高齢世帯とは、本人を含む家族全員が65歳以上のことです。	
入所希望施設	<input type="checkbox"/> あぶくま荘 <input type="checkbox"/> こまち荘 <input type="checkbox"/> 都路まどか荘 <input type="checkbox"/> 船引こぶし荘 <input type="checkbox"/> ときわ荘 ※ ときわ荘は、ユニット型個室で、生活保護受給者は対象外。				
現況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院に入院中 <input type="checkbox"/> 居宅サービス利用中				
	入所(入院)期間		種	家族と同居に☑した場合は、()に本人から見た続柄を記入してください。	
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日			
種別: 特養、老健、療養型、病院、軽費老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム、グループホーム等 経済: 生活保護・国民年金・厚生年金・障害年金 万円(月)					
主たる介護者	ふりがな	男	生年月日	明	大
	氏名	女	本人との関係	施設又は病院に入院中の場合は、期間の直近順からご記入ください。	
		現住所	〒	—	電話
介護者の意見(介護困難事由)		主たる介護者とは、同居、別居をとわず主に介護に携わっている方です。			
身元引受人	ふりがな	男	生年月日	明	大
	氏名	女	本人との関係	介護上の悩みや困っていることを記入してください。(認知症による問題行動。在宅介護が思うように行かない。介護疲れ。将来の不安等。)	
		現住所	〒	—	
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該法人施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設に申込んでいる又は今後申込み予定の施設名 ()				
同意欄	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の福祉会入所判定委員会に於ける判定資料作成の為、介護支援専門員等支援事業所からサービス利用票等の写しを徴すること、保険者から要介護				
	氏名	印			氏名、家族又は代理者両方ご記入ください。印鑑は同じでもかまいません。
家族又は代理者	印				

【基本調査】

※この欄は、介護支援専門員等が調査しご記入してください。

記入例

本人の状況	要介護度	認知症の行動・心理症状の頻度		
	認知症の有無	少しあり (月に1~3回)	やや多い (週に1~3回)	非常に多い (ほぼ毎日)
5	あり・なし	㊸	㊹	㊺ ㊻
※「認知症の行動の行動・心理症状の頻度」は、認定調査票(基 項目)の中の該当する記号を記入してください。 ㊸物盗られ妄想 ㊹作話 ㊺幻覚、幻聴 ㊻感情不安定 ㊼昼夜逆転 ㊽暴言・暴行 ㊾同じ話を繰り返す ㊿大声を出す ㊿介護に抵抗 ㊿目的もなく動きまわる ㊿一人で外に出たがり目が離せない ㊿収集癖 ㊿火の不始末行為 ㊿異食行為 ㊿ひどい物忘れ				
		該当する状態の記号を記入してください。 該当している場合のみ☑をいれてください。		

主介護者の状況	項目	内		高齢世帯又は2人暮らしの場合は、 ②は記入不要です。尚、表面の世帯欄を確認してください。 介護可能(半日程) 介護可能(時々、育児・ひと暮らしの場合は、①~⑤は記入不要です。 介護保険施設・病院等に入所(入院)している場合は、退所(退院)する時点での状況により判断してください。
	①主介護者が障害、疾病、高齢の状況にある。	<input type="checkbox"/> 介護困難(ADL全般援助困難)	<input type="checkbox"/> 多少介護可 つ程度援助	
	②主介護者が複数の家族等を介護している	<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 多少介護可	
	③主介護者が育児又は家族の看病を行っている	<input type="checkbox"/> 介護困難(常時の育児・看病が必要)	<input type="checkbox"/> 多少介護可	
	④主介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 介護困難(介護により生計維持者の就労が困難)	<input type="checkbox"/> 多少介護可	
	⑤同居家族の協力状況	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	
	⑥別居血縁者等の協力状況		<input type="checkbox"/> ほとんどなし	
⑦住環境の状況	借家等の住宅状況、経済的状況、地域性等により在宅介護が困難			

サービスの利用状況	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 単位数の80%以上 <input type="checkbox"/> 単位数の50%以上80%未満 <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満(経済的事由) <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満(介護の必要状況)	本来は、もっと多くのサービスを利用したいが、経済的要因で利用を抑えている場合
	施設サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 特養以外の施設・病院等に入所(入院)しており退所(退院)を求められている。	

医療の状況	既往歴	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ()	

氏名	事業所名	電話番号
特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。 参考資料になりますので必ず記入してください。担当の介護支援専門員がいない場合には施設、病院職員等に依頼して記入してください。		

必ず添付してください。

《添付書類》 ①「介護保険被保険者証」の写し(全申込者)

② 在宅サービスを利用中の方は、過去3ヶ月間の「サービス利用表・別票」の写し