

## 特別養護老人ホームわかくさ 入居申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	H	年	月	日
受付日	H	年	月	日
受付者				
受付番号				

〒 -		
住所:		
氏名:	続柄	
電話:	(	)

特別養護老人ホームわかくさに入居したいので次のとおり申込みます。

入居希望者の状況	氏名	(フリガナ)	性別	保険者市町村 被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( )歳		要介護 認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	現住所	〒 - 電話番号 ( )				
	現況	<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 ◇施設名または病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成 年 月から入所・入院している				
	介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居			
		介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない			
		介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいないを含む)			
		介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいないを含む)			
		介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいないを含む)			
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいないを含む)				
	生活・経済状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある＝入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6～12ヶ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 > <input type="checkbox"/> オ. 自宅等			
		在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上			
		在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している			
		保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階			
		住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 頃までに入居したい					
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( ) 【現在治療中の病名・通院先・特記事項等】					
特例入居の要件に該当するやむを得ない事由	該当する特例の要件 ( <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ ) ※該当すると思われる要件をチェックしてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。) <div style="text-align: right;">( 記入者 続柄等 )</div>					
生活歴	【出生・学歴・職歴・結婚暦・子供・趣味・その他】					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇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			生年月日	大・昭・平 年 月 日	
	同居・別居	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している    住所: _____				
意見	【介護をしている上で困っていること等】					
紹介事業所(又は支援センター名)	電話番号 担当					

※ 特例入居の要件

- 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が頻繁に見られること。
- ② 知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁に見られること。
- ③ 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・安心確保が困難であること。
- 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り支援が期待できず、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こと。

## 利用者 状況 確認 表 (別紙1)

現在の状況についてあてはまる項目に  をつけてください。

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 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	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 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 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(10分以上) <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可能 <input type="checkbox"/> 困難	
	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: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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"/> 声掛け、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 ・主食( <input type="checkbox"/> 白米 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト) ・おかず( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト) ・飲み込み( <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> 悪い ) <input type="checkbox"/> 水分にむせる	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、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( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 声掛け、誘導が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 使用している物( <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> おむつ) ・尿意( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> ない )	
	入浴	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
	着替え	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
	麻痺等	<input type="checkbox"/> 麻痺がある 部位( ) <input type="checkbox"/> 関節が動かない 部位( ) <input type="checkbox"/> 関節が変形している 部位( )	
精神症状・行動障害の状況	①意思を他者に伝達	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> ときどき出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	②毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	③生年月日を言うことが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	④短期記憶の保持が	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	⑤自分の名前を言うことが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	⑥今の季節を理解することが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	⑦場所の理解が	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	⑧目的もなく動き回る(徘徊)ことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑨外出すると病院、施設、家等に1人で戻れなくなることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑩物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑪作話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑫泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑬夜間不眠あるいは昼夜逆転が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑭しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑮大きな声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑯助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑰「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑱1人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑲いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑳物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
ひどい物忘れが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある		
独り言や独り笑いをすることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある		
自分勝手に行動することが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある		
話がまとまらないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある		

※ない: 最近1ヶ月間ない

※ときどきある: 概ね月1回以上ある

※ある: 概ね週1回以上ある

## その他の状況 (別紙2)

健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 前期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他							
年金等	種別	<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 国年 <input type="checkbox"/> 共済					支給年額	
	その他						支給年額	
生活保護支給	<input type="checkbox"/> あり(実施機関 ) <input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
負担段階	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階							
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 身障手帳 ( )級		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平		年	月	日 交付	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平		年	月	日 交付	
	<input type="checkbox"/> 精神福祉手帳 ( )級		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平		年	月	日 交付	

ご家族の状況をご記入ください。

	氏名	続柄	生年月日	職業	電話番号
同居家族の 状況			. .		( )
			. .		( )
			. .		( )
			. .		( )
	氏名	続柄	生年月日	職業	住所／電話番号
別居家族の 状況 (本人の子等)			. .		電話 ( )
			. .		電話 ( )
			. .		電話 ( )
			. .		電話 ( )

※ 説明確認及び情報収集に関わる同意事項

1. 私は、わかさへの入居申し込みの際し、入居申し込みから契約までの手続き及び入居順位の決定方法についての説明を受けました。
2. 入居に関わる記載事項の確認等に関し、保険者・関係病院・施設・担当ケアマネジャー等より本人の情報提供を受けることに同意します。
3. 入居検討等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。

平成      年      月      日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

1. この情報は、入居選考目的以外には使用しません。
2. 社会福祉法人友愛会は、保有する個人情報の取扱いに関し、適正かつ適切に対処しています。