

有効期限

平成31年9月30日

様式1

特別養護老人ホーム アットホーム福岡

入 所 申 込 書

申込年月日	平成 年 月 日	受付番号				
入 所 申 込 者	フリガナ 氏名	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	性別	男・女	
	住所	郵便番号(-)	電話番号	()		
	連絡先	郵便番号(-)	電話番号	()		
	介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号			
	要介護度	1・2・3・4・5	有効期間			
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他()				
	平成 年 月頃より	施設名【 】				
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ 氏名	続柄	備考			
	住所	郵便番号(-)	電話番号	()		
	連絡先1	郵便番号(-)	電話番号	()		
	連絡先2	郵便番号(-)	電話番号	()		
居 宅 介 護 支 援 事 業 者	事業所名	事業者番号				
	住所	郵便番号(-)	電話番号	()		
	フリガナ 担当者名	備考				
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)				
	施設名2	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)				
	施設名3	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい	<input type="checkbox"/> 平成 年 月頃入所したい				
同法人施設入居希望	<input type="checkbox"/> アットホーム博多の森	<input type="checkbox"/> アットホーム諸岡				

【説明確認及び同意書】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ・ 入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について
- ・ 入所申込者の入所優先順位決定方法について
- ・ 入所優先順位の見直しについて
- ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて
- ・ 特段の事情がない限り、要介護1・2では入所できないことについて(裏面)

次の事項について同意します。

- ・ 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されること
- ・ 優先入所制度の適正な運用のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること
- ・ 上記に記入している申込み済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書の内容及び調査票の内容を提供すること

平成 年 月 日

氏名

印(続柄)

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を必ず確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。
該当する項目にチェックしてください。

- 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
- 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等が頻繁に見られること
- 家族等により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こと。
- 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こと。

施設 記入	担当者名		職 種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()
	備 考			

介護必要度

該当するものにレ点をつけて下さい

移動	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	杖や歩行器を 使えば歩ける <input type="checkbox"/>	車椅子を 自分で操作 <input type="checkbox"/>	転倒の危険性あり 目を離せない <input type="checkbox"/>	車椅子に乗っても 操作できない <input type="checkbox"/>	リクライニング車椅子 かベッド上 <input type="checkbox"/>
食事	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	道具などを使えば 出来る <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	飲み込みの際 頻繁にむせる <input type="checkbox"/>	胃瘻・鼻腔などの 経管栄養 <input type="checkbox"/>
入浴	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	そばで見守る 程度で可能 <input type="checkbox"/>	浴槽の出入りに 介助を要する <input type="checkbox"/>	洗身や洗髪に 介助を要する <input type="checkbox"/>	出入り、洗髪等 全て介助 <input type="checkbox"/>	特殊機械浴槽が 必要 <input type="checkbox"/>
排泄	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	時間毎の声かけ 等を要する <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	オムツや尿とりパット を使用する <input type="checkbox"/>	カテーテルを要する <input type="checkbox"/>
コミュニケーション	日常生活において 問題ない <input type="checkbox"/>	気分により波がある <input type="checkbox"/>	特定の事柄なら 可能 <input type="checkbox"/>	出来ない時の方が 多い <input type="checkbox"/>	ほとんど出来ない <input type="checkbox"/>	意思疎通は 不可能 <input type="checkbox"/>
認知症行動	同じ話の繰り返し <input type="checkbox"/>	必要以上の 排泄の訴え <input type="checkbox"/>	必要以上の 空腹の訴え <input type="checkbox"/>	昼夜逆転のため 夜間不眠 <input type="checkbox"/>	大声を出す 怒鳴る <input type="checkbox"/>	幻覚・妄想 <input type="checkbox"/>
	物を壊す・投げる 叩く <input type="checkbox"/>	人に対する 暴言・暴力 <input type="checkbox"/>	食べ物以外の ものを食べる <input type="checkbox"/>	徘徊のため 目が離せない <input type="checkbox"/>	該当なし <input type="checkbox"/>	
認知症自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ 注)担当のケアマネージャー又は主治医に確認して下さい。					
【特記事項】	※上記以外で特に介護が必要な事情					
【経済状況】	年金受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 生活保護受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					

医療状況

医療機関		主治医	
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		
医療処置	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 該当なし		
【現在治療中の疾患・特記事項】			

介護者(家族等)の状況

介護者1 (主介護者)	フリガナ		年齢	歳	同居・別居
	氏名		続柄		
	住所	〒			
	育児・就労・複数介護 疾病や障害のため		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護可能		
介護者2 (介護協力者)	フリガナ		年齢	歳	同居・別居
	氏名		続柄		
	住所	〒			
その他の介護協力者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり				

【入所を希望する理由を記入してください】

(例:病院や施設から退所を求められている/自宅の住環境が介護に適さない/遠距離介護/等)

※在宅介護を受けている方は、サービス利用票・別表の写しを一緒に提出して下さい。