

社会福祉法人 空心福祉会 サービス利用申込書 (入居)

申込日： 20 年 月 日

ご入居希望者 (ご本人)	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	ふりがな 住所	〒 (自治会名：)			
	☎	自宅：			
お申込者 (ご家族等)	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	ふりがな 住所	〒			
	☎	自宅：	携帯電話：		
※○を付けて下さい。 利用希望サービス	特養にれの木園 ・ 特養晴風 ・ 特養えるむ ・ グループホーム えるむ				
部屋希望	複数人部屋を希望する ・ 個室を希望する ・ 特に希望なし				
申込状況	当該施設のみ ・ 他施設も申し込んでいる 又は 申し込む予定				
介護保険	要介護状態区分	※要支援 2 はグループホームえるむのみ			負担割合
	要介護： 5 4 3 2* 1*	要支援： 2	1割 ・ 2割 ・ 3割		
	負担限度額認定 未申請 ・ 申請済	第1段階 食費： (¥300)	第2段階 (¥390)	第3①段階 (¥650)	第3②段階 (¥1,360)
居宅介護支援事業所			担当マネージャー		

同意書	<p>入居申し込みの際して、申し込み内容を市町村、施設、居宅介護支援事業所、家族等に照会すること、京都府や市町村から要求があった場合は、申し込み情報を提供することに同意します。</p> <p>なお、入居待機中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また、要介護度や介護状況などの変更が生じた場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。</p> <p>20 年 月 日</p> <p>本人 (又は身元引受人) 氏名 _____ (続柄： _____)</p>
-----	---

※別紙「入居申込者状況調査票」をご記入の上、「介護保険被保険者証」コピーを添付してご提出下さい。

*要介護 1, 要介護 2 での特養申込者は、裏面も記入が必要です。

受理日	受付担当者	併願処理(FSW)	Review(FSW)
20 . .			

要介護 1, 要介護 2 で特養を申し込みされる方へ

下記の項目をご確認いただき、該当する項目にチェックを入れて下さい。日常生活に支障を来す症状・行動等については、「具体的な状況」の欄に記入して下さい。

チェック欄	特例入居要件
<input type="checkbox"/>	①認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
	具体的な状況
<input type="checkbox"/>	②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
	具体的な状況
<input type="checkbox"/>	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・安心の確保が困難である。
	具体的な状況
<input type="checkbox"/>	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。
	具体的な状況
その他、入居が必要と考えられる具体的な状況	
※法人使用欄	

※各項目は、厚生労働省 老高発 1212 第 1 号より引用

社会福祉法人 空心福祉会 入居申込者状況調査票

※別紙2

■ 入居希望者等の状況

※介護支援専門員や相談員等がご記入ください。ご家族等がご記入される場合は分かる範囲でご記入ください。
 ※該当するものにレ印をつけ、その状況をご記入ください。

入居希望者名：

記入者名：

事業所名：

記入日： 年 月 日

現在の居所		<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (年 月 から)
入居希望時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 () ※必ずしもご希望に添えない場合もあります。
入所を希望する理由 ※該当するもの複数選択可		<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が高齢・障害・病気等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労して介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()
医療面に 関する 状況	既往歴 現症病	かかりつけ医療機関
	医療的ケア について	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン使用 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () [具体的に]
認知症に 関する 状況	日常生活 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	認知症等 による 行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> その他 () [具体的に]
経済的 事情の 有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

(裏面)

介護に関する状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	睡眠	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不眠	(<input type="checkbox"/> 眠前薬有	<input type="checkbox"/> 眠前薬無し)
	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない	
[生活する上でお困りのこと、ご本人のご希望等をご記入ください。]					

■主たる介護者の状況

主たる介護者の状況	ふりがな		本人との続柄	
	氏名			
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日程度)		
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる <input type="checkbox"/> 看病に必要な家族がいる (自宅療養・入院等) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護に必要な家族がいる (要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 介護に必要な障害を有する家族がいる (級・種類:)		家族構成 ※ジェノグラムなど	
	介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない		協力の頻度 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回 <input type="checkbox"/> その他 ()
[介護する上でお困りのこと、ご家族等のご希望をご記入ください。]				