

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その1)

申 込 日 : 令 和 年 月 日

受 付 日 : 令 和 年 月 日

<入所申込みをされる前にお読みください>  
 ○認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。  
 ○必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。  
 ○申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

	氏 名:	続柄
申込者(連絡先)	住 所: 〒	連絡先:(自宅) 連絡先:(携帯)

特別養護老人ホームひかり苑へ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	男	被保険者番号		
	住 所	〒	女	要介護度	1・2・3・4・5	
	認知症等による不適応行動	1 非常に多い      2 やや多い      3 少しあり      4 なし				
	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】				
	優先入所を希望する理由 (具体的にご記入ください)	1 介護者がいないため ( )				
		2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ( )				
		3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ( )				
		4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ( )				
		5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ( )				
6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ( )						
7 その他 ( )						
現在利用している在宅サービスの状況 (具体的にご記入ください)	1 訪問介護 ( )		6 通所リハビリテーション ( )			
	2 訪問入浴介護 ( )		7 短期入所生活介護 ( )			
	3 訪問看護 ( )		8 短期入所療養介護 ( )			
	4 訪問リハビリテーション ( )		9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ( )			
	5 通所介護 ( )		10 その他 ( )			

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居( )			
	従たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		同居の区分	1 同居 2 別居( )			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間					
	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態		
	有 (常勤・パート)	有 ( 人 歳)		良好 不良 ( )		
	無	無		主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良 ( )		
そ の 他	優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい				
	希望する居室タイプ	1 ユニット型(個室) 2 従来型(多床室) 3 従来型(個室) 4 希望はない				
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:				
	待機期間	年 月				
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)					

○以下のことについて同意します。

- ・この申込書の内容について、担当ケアマネージャーや関係する医療機関に確認すること。
- ・入所申込者がお亡くなりになった場合、その情報を川口市が本申込施設に提供すること。
- ・特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を川口市に報告すること。
- ・今後の川口市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を川口市に報告すること。なお、上記の目的以外で川口市から依頼があった場合は情報提供を行いません。

○施設から、入所待機順位決定方法等の説明を受けました。

署名:

印

# 調 査 票

※該当する項目の□にをご記入下さい。

視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えづらい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 見えているか判断不能			
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 聞こえているか判断不能			
言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 話はできない			
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ある場合の部位 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
座 位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えれば可能 <input type="checkbox"/> できない			
立 位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えれば可能 <input type="checkbox"/> できない			
着 脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
歩 行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 歩行器等を使用 <input type="checkbox"/> できない			
移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子を自走可能 <input type="checkbox"/> 車椅子を自走不可 <input type="checkbox"/> 移動できない			
食 事	主 食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食		
	副 食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 治療食事		
	動 作	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 全部手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 尿意やポータブルトイレを使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用			
尿 便 意	尿 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	便 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
入 浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
理 解 度	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> ときどき理解できない <input type="checkbox"/> ほとんど理解できない <input type="checkbox"/> 意思の疎通不可			
周 辺 症 状	<input type="checkbox"/> 徘徊( ) <input type="checkbox"/> 不穏・興奮( ) <input type="checkbox"/> 攻撃的行為( ) <input type="checkbox"/> 夜間せん妄( ) <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想( ) <input type="checkbox"/> 不潔行為( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
病 名 既 往 歴				
服 薬 状 況	※飲んでいる薬名をご記入下さい。書ききれない場合は薬局でもらう、お薬の説明書を添付して下さい。			
感 染 症 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他( )			
医 療 処 置	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸入・吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> じよく瘡(部位: ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他( )			
指 定 難 病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(指定難病の名称: )			
生 活 保 護 の 状 況	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 申請中			
記 入 者 氏 名			続 柄	