

入所申込書兼状況調査票（長期）

社会福祉法人 康陽会

特別養護老人ホーム J & B 施設長 殿

次のとおり施設入所を申し込みます。

令和 年 月 日

申請者	ふりがな 氏名	男・女 続柄 () M・T・S・H 年 月 日 (歳)															
	住所	〒 - TEL ()															
本人の状況	ふりがな 氏名	男・女 M・T・S・H 年 月 日 (歳)															
	住所	〒 - TEL ()															
	介護保険 被保険者番号											要介護度	1	2	3	4	5
	医療保険	後期高齢者 国民健康保険 社会保険 その他 ()															
	家族構成	一人暮らし 夫婦二人 家族と同居 その他 ()															
	現在の状況	在宅 入院中 老人保健施設入所中 その他 ()															
	退院(退所)勧告の有無	有・無			介護保険負担限度額認定証				有(第 段階)・無								
	病院名						現在、右記のような医療行為を受けていますか？					胃ろう・経管(鼻腔栄養) 在宅酸素・インスリン その他()					
	病名																
	入所のご案内をした際に、即入所されるご意志はございますか？ ある・ない・その時にならないと分からない・その他()	ある・ない (ある方は、下記の項目で該当する番号を○で囲んで下さい)															
認知症	1. 記憶力の低下 …寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じことを聴いたりする。 2. 理解・判断力の低下 …言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。 3. 見当意識の障害 …今の時間や今居る場所、今一緒にいる人までもがわからないことがある。 4. 昼夜逆転 …昼間に寝て、夜中になると起きて来ることがある。また、不安からか真夜中に奇声を発したり、ごそごそ動き回ったりする。 5. 徘徊 …目的もなく歩き続けることがある。 6. 幻覚・妄想 …「お金を取られた」「食事を与えてくれない」などの、実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰も居ないのに会話をしたりする。 7. 収集癖 …自分の物ではない物、必要のない物などを持ち帰る行動が見られる。 8. その他 … ()																
	認知症高齢者の日常生活自立度					<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											
他の特養申請状況																	

*ここからは、ご本人の介護を行っている方、施設入所中などの場合は身元引受人となる方についてお伺いします。必ずご記入下さい。

同居・別居に関わらず、ご家族の状況をお書き下さい。	ふりがな 氏名 (続柄)	生年月日 (年齢)	主たる 介護者 に◎	同居の有無	仕事の 有無
	()	年 月 日 (歳)		同居・別居	フルタイム パート 無
	()	年 月 日 (歳)		同居・別居	フルタイム パート 無
	()	年 月 日 (歳)		同居・別居	フルタイム パート 無
主たる介護者の状況	障害や病気がありますか？病名を記入し、要支援・要介護の認定があれば○で囲んで下さい。	障害・病気が ある・ない 病名：	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	身体障害者手帳がありますか？何級ですか？	障害名：	等級 1・2・3・4・5・6		
	療養手帳をお持ちの方は、AかBかお答え下さい。	A (重度) ・ B (中度・軽度)			
	複数の方の介護・育児をしていますか？	している ・ していない どなたの介護・育児をしていますか？ ()			

他介護サービスの利用状況	康陽会グループ(中嶋病院系列)の施設を利用していますか？該当する施設名やサービス名を○で囲んで下さい。 ・ J & B ・ コジーケアホーム ・ けやき ・ メープル小田原 ・ やわらぎ ・ 介護付有料老人ホーム J & B ・ 清水沼デイサービス ・ J & B 小田原	
	入所(入居)中 ・ 短期入所(ショートステイ) ・ 通所介護(デイサービス)	
担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名 :	TEL () 氏名:
申込理由 (特に知らせておきたい事項等があれば併せてご記入下さい)		

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由をご記入下さい。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態。(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上) <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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、在宅生活が困難な状態。(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上) <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態。 <input type="checkbox"/> 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十分に認められないことで、在宅生活が困難な状態。 (特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な理由)

ご本人の状況をより詳しく把握する為に、施設が必要な場合、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ下記に署名・捺印をお願いします。

氏名 (本人) _____ (印)

代筆者 _____ (印)