

# 特別養護老人ホーム阿育苑 入所申込書

(整理番号: \_\_\_\_\_)

入所希望者の状況	フリガナ			〒	—							
	氏名			住所								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳)	性別	男・女	電話	—	—	
	介護保険	保険者	今治市・その他 ( _____ )			要介護度	3 ・ 4 ・ 5					
		被保険者番号	□	□	□		□	□	□	( 1 ・ 2 ) ※在宅介護が困難な理由の記載		
		有効期限	平成 令和		年		月	日	から	令和	年	月
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 別居しているが同一敷地内又は近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設名: _____ 入所(入院)日: _____)										
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 介護する人が誰もいない → 介護者氏名: _____ ( _____ 人世帯) <input type="checkbox"/> 介護する人がいる ——— 続 き 柄: _____ ( 同居 ・ 別居 )    生年月日 : _____ 年 月 日 ( _____ 歳)										
	入所希望理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の世話をしているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難 (病名、要介護や障害の程度等: _____) <input type="checkbox"/> 介護者が他にも介護しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )										
	要介護1・2の方のみ記入	<input type="checkbox"/> 重度の認知症で頻繁に生活に支障がでる <input type="checkbox"/> 重度の知的障害・精神障害で頻繁に生活に支障がでる <input type="checkbox"/> 家族等による虐待があり自宅で生活できない <input type="checkbox"/> 単身世帯である、又は老老介護である										
医療の状況	(病名: _____ かかりつけ医: _____) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろうなど) <input type="checkbox"/> インスリン注射(1日 _____ 回) <input type="checkbox"/> 持続点滴(IVH) その他、現在治療中の病気など、わかる範囲で記入											
申込状況	<input type="checkbox"/> 阿育苑のみ <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む(施設名: _____)											
担当ケマネ	事業所名: _____					担当者名: _____						
申込者	氏名:		続 き 柄:				自宅電話					
	〒		住所:				携帯電話					

特別養護老人ホーム阿育苑の入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申し込みに必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 入所申し込みに必要な「ケアプランに関する情報」等を居宅介護支援事業所から得ること。
3. 市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村へ提出すること。
4. 入所判定に必要な「心身等状況」「介護保険情報」を入所・入院施設、居宅ケアマネ等から得ること。
5. 要介護1・2の特例入所申し込みの方の情報を市町村に報告し、意見を求めること。

※入所は申し込み順ではありません。今治市の定める入所に係る指針により順位が確定します。また、申し込みの状況により順位が変動することがあります。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(受付日: \_\_\_\_\_)

氏名(本人又は代理人)



(裏面も記入してください)

## 入所申し込み時の状況

入所希望者氏名：					
家族構成	関 係	氏 名	主介護者	住 所	連絡先
	配偶者				

**要介護1・2の方が申し込む際には必ず記入してください。記入がない場合は申し込みを受理できません。また、特例入所の要件に該当しない場合は、申し込みは受理せず返却いたします。**

※特例入所申し込みを必要とする理由（認知症、知的・精神障害の状況、家族状況など）

	質問事項	チェック項目	その他の状態	
入所希望者の現在の状況	食事について	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 少し介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助している <input type="checkbox"/> 経管栄養	むせたりしませんか？ （する・しない） ご家族と同じ食事ですか？ （同じ・別の形状）	
	トイレについて	<input type="checkbox"/> 失敗なく自分でできる <input type="checkbox"/> ズボンの上げ下ろしが不十分 <input type="checkbox"/> 付き添って全て介助している <input type="checkbox"/> オムツの中にしている	夜も同じですか？ （同じ・異なる： ） 尿意、便意はありますか？ （ある・ない）	
	下着について	<input type="checkbox"/> 普通の布製のパンツ <input type="checkbox"/> 布製の介護パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> テープ式の紙オムツ	尿取パットを使用していますか？ （している・していない）	
	生活について	<input type="checkbox"/> 日中はベッド又は布団から離れて過ごす <input type="checkbox"/> 日中はベッド又は布団上で起きて過ごす <input type="checkbox"/> 日中もベッド又は布団で寝たまま過ごす		
	本人への告知	<input type="checkbox"/> 本人も了承済み <input type="checkbox"/> 本人は迷っている <input type="checkbox"/> 本人は拒否している <input type="checkbox"/> 本人には話していない <input type="checkbox"/> 本人は認知症で判断できない		
	入所を希望する時期について	<input type="checkbox"/> 今すぐでも入所を希望する <input type="checkbox"/> できるだけ早い時期を希望（できれば半年以内） <input type="checkbox"/> 現在は大丈夫だがゆくゆくは入所を希望したい（できれば1年以内） <input type="checkbox"/> 今後の備えとして申し込み		
	現在の介護サービスの利用について	<input type="checkbox"/> ヘルパー（月      回） <input type="checkbox"/> デイサービス（月      回） <input type="checkbox"/> ショートステイ（月      回） <input type="checkbox"/> その他（                      ）		