

特別養護老人ホーム『扇の森』『今羽の森』『ご福あげお』
地域密着型特別養護老人ホーム『扇の森WEST』 共通申込書 (様式1)

【2022年1月改定】



*ご記入いただきました内容をもとに審査を進めて参りますので、
全ての項目にご記入をお願いいたします。尚、□部分には チェック(レ点)をお願いいたします。

受付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ご家族等) 申込代理人	住所	〒 _____ - _____				
	フリガナ			続柄		
	氏名					
	電話番号 ①	_____ - _____	②	_____ - _____		
	メールアドレス					
(ご本人) 入居希望者	住所	〒 _____ - _____				
	電話番号	_____ - _____				
	フリガナ			介護保険者名	さいたま市 ・ その他(_____)	
	氏名			被保険者番号		
		性別	男 ・ 女	年齢	_____ 歳	
	要介護度	1 ・ 2	・ 3	・ 4	・ 5	
	特例要件	↓ 該当するア・イ・ウ・エのいずれかに○印をお願いします。 ア. 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 イ. 知的障害・精神障害を伴い、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 ウ. 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こと エ. 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				

* 今後、郵送物などは“**申込代理人の方のご連絡先**”に送付させていただきます。

入居をご希望される施設について、下記のA・B・C・Dより、
当てはまる箇所を全て選択し、□内に希望順位の記入をお願い致します。

(*A・B・C・D全ての施設への入所をご希望される方は、1~4まで希望順位の記入をお願いいたします。)

チェック欄

A	<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム『扇の森』	ご記入を2枚目以降も致します。
B	<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム『今羽の森』	
C	<input type="checkbox"/>	地域密着型特別養護老人ホーム『扇の森WEST』 <small>*さいたま市に住所がある(住民票がある)方のみ、お申し込み可能です。</small>	
D	<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム『ご福あげお』	

社会福祉法人 永寿荘 施設長 様

1 貴施設への入居を希望するため申し込みます。また、貴施設が入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者から情報提供を受けることに同意します。

2 私は、入居申込書提出の際、入居の手続き及び入居の必要性を評価する基準について、施設から説明を受けました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(入居希望者) 氏名 _____ 印 _____

(申込代理人) 氏名 _____ 印 (続柄 _____)

入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 主たる介護者がいないため ↓該当する項目に○印をお願いします。 【理由】 ①いない(音信不通を含む) ②長期入院、施設入所によりいない
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者による十分な介護が困難なため ↓該当する項目に○印をお願いします。 【理由】 ①高齢 ②障害者 ③疾病 ④就業 ⑤育児 ⑥その他()
	<input type="checkbox"/> 地域の介護サービス等に不足があるため ↓該当する項目に○印をお願いします。 ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他()
	<input type="checkbox"/> その他 ()
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 年 月頃までには、入所したい
やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由 (要介護1又は要介護2の方のみ)	

居室の希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室(大部屋:扇の森のみ) <input type="checkbox"/> どちらでもよい									
住民税課税の有無	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 ←世帯全体としてご記入をお願いいたします。									
ご本人の年間所得 (年金含む)	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> ~80万円 <input type="checkbox"/> 80万円~266万円 <input type="checkbox"/> 266万円以上									
現在受給している年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 恩給その他 <input type="checkbox"/> 不明 (老齢/障害/遺族) (老齢/障害/遺族) ←詳細が分かる場合は ○ をつけて下さい。									
認定を受けている方は、 介護保険負担限度額認定証(食費・居住費の減免)の内容 をご記入下さい。 ※尚、この認定を受けるには市区町村への申請が必要となります。	<table border="1"> <tr> <td>食費</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>ユニット型個室</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>多床室</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table>	食費		円	ユニット型個室		円	多床室		円
食費		円								
ユニット型個室		円								
多床室		円								

【入居希望者の状況】 ⚠️ **ここから先は、確認票ご記入時の状況でご記入をお願いいたします。**

↓①~③のいずれかをレ点で選択して下さい。

サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> ① 他の施設・医療機関に入所・入院している。	
	入所・入院 開始時期	年 月 ~ 電話番号
	施設・医療機関 名称	
	施設・医療機関 から退所・退院を求められて	いない ・ いる → 平成 年 月 迄
	<input type="checkbox"/> ② 在宅で、介護保険サービスを受けている。	
	居宅介護支援事業所 名称 介護支援専門員 (ケアマネジャー) 氏名 電話番号	* 申込書類に、“直近3カ月分のサービス利用票”の添付が必要です。 円 月
<input type="checkbox"/> ③ 介護保険サービスを利用していない。		
初めて要介護認定を受けたのはいつですか？	年 月 ⇒ 介護期間	年 月

申込み	* 当施設以外の特別養護老人ホームに申込をされている場合は、下記に施設名をご記入下さい。	
	施設名	
	待機月数	年 月

生活動作について	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(介助・自走)			
	入浴	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 手伝え出来る <input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 手伝え出来る (誘導・着脱) <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事	<input type="checkbox"/> 一人できる	<input type="checkbox"/> 手伝え出来る	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養
	義歯	有・無	飲み物にトロミ	必要・不要	補聴器 有・無
	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> あまり見えない	<input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡 有・無
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大声で聞こえる	<input type="checkbox"/> あまり聞こえない	<input type="checkbox"/> 聞こえない
	言葉	<input type="checkbox"/> 話せる	<input type="checkbox"/> 途切れ途切れで話せる	<input type="checkbox"/> 単語なら話せる	<input type="checkbox"/> 話せない

医療の状況	↓当てはまる項目に、レ点でチェックをお願いいたします。			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔)	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう)	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 在宅酸素
	<input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ)	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位:)	
	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 感染症 () ←肝炎、梅毒、結核など		
	病歴		歳	歳
			歳	歳
障害者手帳	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり → (障害の種類:)			級)

主治医	現在、かかりつけの医師がいる場合、下記にご記入下さい。		
	病院名		医師名
	住所		電話番号

認知症等による行動障害	I. 認知症状が <input type="checkbox"/> ない ・ <input checked="" type="checkbox"/> ある → II. IIIへ	
	II. 下記の項目全てについて、あてはまる□にチェック(レ点)をご記入下さい。	
	*「時々」とは… 1ヶ月に1回～週に1回未満の頻度で見られる行動 *「頻繁」とは… 週に1回以上の頻度で見られる行動 をさします。	
	1 徘徊	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	2 外出して戻れない	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	3 被害的	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	4 大声を出す	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	5 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	6 収集癖	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	7 1人で出たがる	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
8 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	
	9 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	10 作り話をする	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	11 感情が不安定	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	12 同じ話をする	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	13 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	14 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
	15 独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
III. 自由記述 (お困りの症状等あれば、ご記入下さい)		

【ご家族様の状況】

申込書記入時の、 介護する家族や入所手続きができる家族の有無について	<input type="checkbox"/> あり	*入院・入所中でも、 介護する家族や入所手続きのできる家族がいる場合は、「あり」 単身生活者で身寄りのない場合は、「なし」でご記入ください。
	<input type="checkbox"/> なし	

I、主介護者		同居 ・ 別居	
*入居希望者の方に対して、主に介護をしているご家族の状況をご記入下さい↓		フリガナ	年齢
氏名	続柄	障害者手帳	有 ・ 無
	歳	手帳の種類:	級
健康状態	* 疾病などの具体的な内容をご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 不安あり →			
①高齢・障害状態に	②育児をする状況に		
<input checked="" type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 全く介護が出来ない状態 <input type="checkbox"/> 半日程度は介護可能な状態 <input type="checkbox"/> 1日を通してほぼ介護出来る状態	<input checked="" type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 全く介護が出来ない状態 <input type="checkbox"/> 半日程度は介護可能な状態 <input type="checkbox"/> 1日を通してほぼ介護出来る状態
③就労して	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 全く介護が出来ない状態 <input type="checkbox"/> 半日程度は介護可能な状態 <input type="checkbox"/> 1日を通してほぼ介護出来る状態	
④複数の要介護者の介護や看病を行って	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 要介護3以上の方 を2名以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている方 を2名以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない方 を2名以上	

II、副介護者		同居 ・ 別居	
④主介護者以外の介護者の方が <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 全く介護が出来ない状態 <input type="checkbox"/> 半日程度は介護可能な状態 <input type="checkbox"/> 1日を通してほぼ介護出来る状態	フリガナ	年齢
		氏名	続柄
		連絡先	

III、その他の理由により介護が困難である場合	
<input type="checkbox"/> 全く介護が出来ない状態 <input type="checkbox"/> 半日程度は介護可能な状態 <input type="checkbox"/> 1日を通してほぼ介護出来る状態	【理由】

↓ 介護に関すること、家族状況・経済状況等で困っていることなど、ご意見がございましたらご記入をお願い致します。

ご意見

ご記入ありがとうございました。