

|           |              |     |               |
|-----------|--------------|-----|---------------|
| 社会福祉法人陽光会 |              |     |               |
| 様式番号      | QBE7.2.1-1-1 | 版 数 | 第2版（2014.4.1） |

提出日：平成 年 月 日

## 特別養護老人ホームサンライフ問屋町 入居申込書

（１）申込者様の連絡先 （今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。）

|      |        |               |  |
|------|--------|---------------|--|
| フリガナ |        | 入居希望者<br>との関係 |  |
| 氏名   | 様      |               |  |
| 住所   | 〒 -    |               |  |
| 電話番号 | 自宅 - - | 携帯 - -        |  |

（２）入居希望者様の現在の状況

|           |                                                                                                                                                                                                  |     |               |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| フリガナ      |                                                                                                                                                                                                  | 性別  | 明・大・昭 年 月 日生  |
| 氏 名       | 様                                                                                                                                                                                                | 男・女 | (満 歳)         |
| 住所等       | 〒 - Tel - -                                                                                                                                                                                      |     |               |
| 要介護度      | 要介護_____ 認定日：H____.____.____ (□更新申請中 □変更申請中 □認定結果待ち)<br>[認定有効期間] 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日                                                                                                             |     |               |
| 介護保険証番号   |                                                                                                                                                                                                  |     | □前橋市 □その他 ( ) |
| 現在の状況     | □ご自宅で生活している □入所や入院をしている (H . . ～)<br>[具体的に]                                                                                                                                                      |     |               |
| 医療的処置     | □経管栄養（胃瘻・経鼻） □インシュリン注射 □尿管カテーテル<br>□人工肛門 □在宅酸素 □その他 ( )                                                                                                                                          |     |               |
| 身体状況      | 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに1つ○印を付けてください。<br>ア．身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる。<br>イ．家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。<br>ウ．ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる（車イスで座る姿勢が保てる）。<br>エ．1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。 |     |               |
| かかりつけ医    | 医療機関名 _____ 診療科 _____ 科 主治医 _____ Dr<br>医療機関名 _____ 診療科 _____ 科 主治医 _____ Dr                                                                                                                     |     |               |
| 所得状況      | 利用料金説明に用います。入居希望者様ご本人の所得をご記入ください。<br>□年金・恩給の収入：年額 約 _____ 万円<br>□その他の収入（不動産・利子・配当収入等）：年額 約 _____ 万円                                                                                              |     |               |
| 特養の申込み状況等 | □サンライフ以外の特養には申込んでいない（申込予定もない）<br>□申込（予定）あり（他申込施設名 _____）<br>入居希望時期等<br>□連絡が来たらすぐに入居できる □とりあえず申込みを行う □その他                                                                                         |     |               |

(3) 入居希望者様の認知症等の状況

☐ 認知症の症状はみられない

☐ 認知症の症状がみられるも、日常生活はほぼ自立している。

☐ 認知症の症状がある⇒ ☐ 一人では日常生活を送ることが難しく、介護を必要とする。

☐ 一人では日常生活を送ることが難しく、常に介護を必要とする。

以下のような行動がある場合には、すべてにチェックを付けてください。

☐ 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。

☐ 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。

☐ 電話や留守番での受け答えが出来なくなった。

☐ 家族や介護者への暴言や抵抗がある。

☐ 家の外をさまよい歩く。

☐ 夜間眠らない。

☐ 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。

☐ 意味不明の言動がある。

☐ 奇声を上げる。

☐ 金銭の勘定が出来なくなった。

☐ ひんばんに服を脱ぐ。

☐ 大便をいじる。

☐ トイレ以外の場所で放尿する。

☐ 同じ事を何度も言う。

☐ 意思の疎通が困難。

☐ 食べ物以外を食べる。

☐ その他の症状（以下にご記入ください）

(4) 特別養護老人ホームに入居を希望する理由等（あてはまる理由すべてにチェック）

☐ 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。

☐ 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。

☐ 他にも介護をしなければならない家族がいる。

☐ 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。

☐ 病院や他の施設から退所を求められている。

☐ 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。

☐ その他の理由（以下にご記入ください）

(5) 入居希望者様の介護者（ご家族）についてご記入ください

| 氏 名      | 性別  | 年齢 | 続柄 | 住まい   | 居住している市区町村名 |
|----------|-----|----|----|-------|-------------|
| 主介護者     | 男・女 | 歳  |    | 同居・別居 |             |
| 介護者      | 男・女 | 歳  |    | 同居・別居 |             |
|          | 男・女 | 歳  |    | 同居・別居 |             |
| 病気や障害等   |     |    |    |       |             |
| 就労や育児の状況 |     |    |    |       |             |
| 介護負担等    |     |    |    |       |             |

申込者欄（家族等） ※入居契約の代理人及び身元保証人となれる方をお願いします。

入居申込に係る説明事項について確認しました。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (印) 続柄 \_\_\_\_\_

申込代理者欄（介護支援専門員）

代理申込介護支援専門員の意見

入居申込に係る説明事項について確認のうえ、入居希望者又は家族等にその旨を報告します。

平成 年 月 日 代理申込介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_

(印)

事業所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※添付書類として、入居希望者様の介護保険被保険者証の写しを添付してください。