特別養護老人ホーム一宮苑入所申込書

申込日	平成　　年　　月　　日
受付日	平成　　年　　月　　日

申込者(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。

〒　：
住 所：
氏 名：
電 話：

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先（入所希望施設）		特別養護老人ホーム一宮苑		保　険　者	（市町村名）
入所希望者の状況	（フリガナ）		性別	被保険者番号	
	氏　　名		男・女	要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　）歳		要介護認定期間	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで
	現 住 所	〒　　―			
	現　　況	□自宅で一人で暮らしている　□自宅で家族と暮らしている □特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名：　◇所在地（市区名のみ） ◇入所又は入院時期：平成　　年　　月から入所・入院している			
	入所を希望する理由（該当するものすべてを選んで下さい）	**1．入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。** **（要介護度1・2 の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。）** □介護する者がいないため。 □介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 □介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 □介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 □居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 □施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 □その他（　　） **2．要介護度1・2 の方については、以下該当するものを回答してください。** □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。 □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る。 □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。 □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。			
	入所希望時期	□今すぐ入所したい　□平成　　年　　月頃までに入所したい			
	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□その他（　　） 【現在治療中の病気・特記事項等】			
	申込状況	□当該施設のみ申し込む。□他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名（　　）（　　）（　　） ◇今後申し込む予定の他の施設名（　　）（　　）（　　）			
主たる介護者	（フリガナ）		性別	本人との関係	
	氏　　名		男・女	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日
	同居の区分	□同居している　□別居している（住所：　　）			
	意　　見	【介護をしているうえで困っていること等】			
同意書	今後の千葉県の施策の参考とするため、この申込書の内容を千葉県に報告することに同意します。 平成　　年　　月　　日 氏名：　　印				

申請者情報

フリガナ
氏　名

性　別　　男　・　女

生年月日　　年　　月　　日生　(　　歳)

入所希望者との続柄　　(　　)

同居の区分　　同居　・　別居

別居の場合の住所　〒　　－

電話番号　　－　　－

緊急連絡先（職場・携帯等）　　－　　－

入所対象者

フリガナ
氏　名

性　別　　男　・　女　　要介護度　**1　・　2　・　3　・　4　・　5**

生年月日　明治・大正・昭和　　年　　月　　日生　　歳

住民票所在住所　〒　　－

電話番号　　－　　－

主介護者情報　　□　申請者に同じ場合

フリガナ
氏　名

性　別　　男　・　女

生年月日　　年　　月　　日生　　(　　歳)

入所希望者との続柄　　(　　)

同居の区分　　同居　・　別居

別居の場合の住所　〒　　－

電話番号　　－　　－

緊急連絡先（職場・携帯等）　　－　　－

介護保険証（コピー）

貼付箇所

直近の介護保険証を添付してください

調査票

記入日　平成　　年　　月　　日

＊現在、入所あるいは入院されている対象者の方につきましては申請者の方が現時点でおわかりの現況、また入所・入院される以前の様子でも結構ですので出来るだけ詳しくご記入下さいますようお願いいたします。

※現在認定を受けている介護保険証のコピーを添付してご返送下さいますようお願い致します。

１．入所を申し込まれたご本人の現況についてお聞きかせ下さい。

①どこ（自宅・～宅に同居・病院等）でどういった環境（家族構成や介護をする人の有無等）で生活されていらっしゃるかを、ご本人の普段のご様子も交えてお書き下さい。

（　　）

※ 入所あるいは入院中の場合は、施設・病院名をお書き下さい。

（ 病院・老健・その他　　名称：　　）

②入所を希望される理由についてお書き下さい。
例：「もともと独居だったが、一人暮らしが無理になった」「介護をしていた妻が入院したため」「～から退院・退所を求められているが帰る場所がない」等

（　　）

③現在治療中の病気等があればお書き下さい。

（　　）

※ 現在行っている医療法で、当てはまるものがあれば〇をしてください。

１．経管栄養　　２．胃ろう　　３．在宅酸素療法　　４．インシュリン注射

５．その他（　　）

④現在、認知症の症状はありますか。
　　１．ある　　２．無い
※ある場合に、下記の１～７に当てはまる症状がございましたら番号に〇をつけてください。

１．　何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している

２．　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても、誰かが注意していれば自立できる

３．　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭内で見られるようになるが、誰かが注意していれば自立できる

４．　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心に見られ、介護を必要とする

５．　日常生活に支障をきたすような症状･行動や意思疎通の困難さが夜間にも見られるようになり、介護を必要とする

６．　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を 4 必要とする

７．　著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

　その他、 認知症による症状や行動でお困りの事がありましたらお書き下さい。

（　　）

※現在既に担当のケアマネジャーがいらっしゃる場合は、主治医意見書に記載されている「日常生活自立度」を伺って頂きお書き下さい。（　　）　（例：Ⅲa　等）

２．主として介護をされていらっしゃる方にお聞きします。

①ご自身に、介護を行う上で負担となる病気や障害はありますか。
　　１．ある　　２．無い
※ もしよろしければ、どのような病気あるいは障害かをお書き下さい。

（　　）

②入所対象者が入所・入所されている場合、どの位面会等されていらっしゃいますか。

（　　）

③お仕事はされていらっしゃいますか。
　１．している　　２．していない
※ お仕事をされていらっしゃる場合は、実働勤務時間や勤務形態についてお書き下さい。

（　　）

※お仕事をされていらっしゃらない場合に下記の内容に該当がございますか。
　１、高齢により就労不可　　２、介護・看護にて就労不可
　３、その他（　　）

④この申込の対象となる方の他に、ご家族の中で介護や看病を必要とされている方はいらっしゃいますか。
　１．いる　　２．いない

⑤あなたが面倒をみなくてはならない小学校入学前のお子さんはいらっしゃいますか。
　１．いる　　２．いない

※④・⑤いずれかが「いる」でお答えされた方にお伺いいたします。
　　１、常時の育児・看病が必要
　　２、半日の育児・看病が必要
　　３、随時の育児・看病が必要

⑥あなたと同居のご家族の中に介護を手伝ってくれる方はいらっしゃいますか。
　１．いる　　２．いない
※ 手伝ってくれる方がいらっしゃる場合、どういったことをどの位してくれるかをお書き下さい。

（　　）

⑦あなたと同居されているご家族以外の親族で、介護を手伝ってくれる方は いらっしゃいますか。
　１．いる　　２．いない
※ 手伝ってくれる方がいらっしゃる場合、どういったことをどの位してくれるかをお書き下さい。

（　　）

⑧ヘルパー以外に近所や地域に、介護の手伝いや介護を行う上での協力をしてくれる方はいらっしゃいますか。
　１．いる　　２．いない
※ 手伝ってくれる方がいらっしゃる場合、どういったことをどの位してくれるかをお書き下さい。

（　　）

現況調査へのご協力ありがとうございました。

この調査を基に現況の把握をさせて頂き速やかに対応させていただきたいと存じます。