

# 特別養護老人ホームせくれ～Secure～入居申込書兼調査書

〔新規申込届・変更届〕

※該当する届に○をつけて下さい。

【申込日】 令和 年 月 日

【連絡先】※施設からの今後の連絡先となります。

〈氏名〉 入居希望者との間柄( )

〈住所〉(〒 - ) 都・道・府・県 市・区・町・村

〈電話番号①〉 ( ) 〈電話番号②〉 ( )

|                                 |  |  |          |            |
|---------------------------------|--|--|----------|------------|
| フリガナ                            |  | 性別   | 生年<br>月日 | 明治・大正・昭和   |
| 入居希望者<br>氏名                     |  | 男・女  |          | 年 月 日 ( )歳 |
| 入居希望者<br>住所                     | 〒 - 登米市  |  |          |            |
| 介護保険証                           | 被保険者番号   |  |          |            |
|                                 | 要介護度(a)  | ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中(新規・更新・区変)  |          |            |
|                                 | 認定期間   | 年 月 日から 年 月 日まで  |          |            |
| 生活保護                            | <input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない   |  |          |            |
| 年間の収入                           | 約 円  |  |          |            |
| 居室の希望                           | <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室(2人部屋または4人部屋) <input type="checkbox"/> どちらでもよい   |  |          |            |
| 疾病等の状<br>況                      | 主治医氏名:   |  | 医療機関名:   |            |
|                                 | 現病名 ( )  |  | 既往歴 ( )  |            |
| 医療等の必<br>要性(b)                  | <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 |  |          |            |
|                                 | <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> その他( )   |  |          |            |
| 身体の状態                           | 感染症の有無: <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし                         |  |          |            |
|                                 | 食事   | 摂取... <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助<br>準備... <input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 家族がしている <input type="checkbox"/> ヘルパーや配食サービスを利用<br>内容... <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥や刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) |          |            |
|                                 | 排泄   | <input type="checkbox"/> 紙パンツを使用 <input type="checkbox"/> オムツを常時使用 <input type="checkbox"/> オムツを夜のみ使用<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助   |          |            |
|                                 | 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助  |          |            |
|                                 | 移動   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器(押し車) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助   |          |            |
| 意思疎通                            | <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能   |  |          |            |
| 日常生活に<br>支障をきたす<br>症状や行動<br>(c) | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし  |  |          |            |
|                                 | 「ある」と<br>答えた方  | <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 大声を出す<br><input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> その他            |          |            |
|                                 | 具体的な内容( )  |  |          |            |
| 在宅サービスの<br>利用状況                 | 居室介護支援<br>事業所名   | 担当介護支援<br>専門員氏名  |          |            |
|                                 | 利用して<br>いるサー<br>ビス   | <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護<br><input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)<br><input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他( )   |          |            |
| 入院または<br>入所中の方                  | 入院先  | 〈病院名〉  | 〈所在地〉    | 市・区・町・村    |
|                                 | 入所先  | 〈施設名〉  | 〈所在地〉    | 市・区・町・村    |

※下記の項目について、現在、病院や施設等に入院・入所されている方は、在宅に戻られた際の状況についてお答えください。

|   |  |
|---|--|
| 在宅での生活状況  | <input type="checkbox"/> 同居者がいる<br>構成（ _____ ）計 _____ 人<br><hr/> <input type="checkbox"/> 一人暮らし  |
| 介護者の状況(d)<br><br>①在宅で介護を受けている方は、現に介護にたずさわっている方についてお答えください。<br><br>②入院または入所されている方は、仮に在宅に戻られた際に介護をする方についてお答えください。 | あてはまる項目を全てチェックし、必要事項を記入してください。<br><input type="checkbox"/> 身寄りがない、又は介護をする者(配偶者、子、子の配偶者、親、同居の孫、同居の兄弟)がいない。<br><input type="checkbox"/> 一人暮らしで、介護は介護サービス事業者のみが行っている。<br><input type="checkbox"/> 介護をする者(配偶者、子、子の配偶者、親、孫、兄弟)はいるが別居している。<br>〈氏名〉 _____ (続柄 _____ )<br>〈住所〉 _____ )<br><input type="checkbox"/> 介護者は、病気(注1)や障害等(注2)があるため介護できない。<br><input type="checkbox"/> 介護者は、1人で2人以上の障害等(注2)がある者を介護している。<br><input type="checkbox"/> 介護者は、週平均( _____ )時間勤務しており、介護ができない。<br>〈氏名〉 _____ (続柄 _____ )<br><input type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。<br>〈氏名〉 _____ (続柄 _____ )〈生年月日〉 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br><input type="checkbox"/> 介護者は、65歳以上である。<br>〈氏名〉 _____ (続柄 _____ )〈生年月日〉 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br><input type="checkbox"/> 介護者は、0歳～小学校3年生までの我が子を育児中である。(現在 _____ 歳 / _____ 年生)<br>(注1)「病気」とは、長期の入院中であるか、進行性・慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており、介護ができない状態をいう。<br>(注2)「障害等」とは、要介護1以上、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾病等の医療証の交付を受けている場合をいう。(介護保険証、手帳、医療証のコピーを添付するか、受付時にご提示ください。) |
| お住まいの状況(e)  | <input type="checkbox"/> 住居や施設から立ち退きを迫られている。<br>退院・退所・立ち退き予定日 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)<br><input type="checkbox"/> 入院・入所中であるが、自宅を処分した、空き家になって老朽化が激しいなど、戻る家がない。<br><input type="checkbox"/> 病院、施設等に引き続き1年以上入院・入所している。<br>施設または病院名 ( _____ )<br>入所または入院期間 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)から<br><input type="checkbox"/> 部屋又は家が2階以上にあるが、エレベーター等の昇降手段がなく、生活に支障がある。<br><input type="checkbox"/> 介護上の問題(段差がある、介護をする部屋が狭い等)から住宅改修が必要だが、家主の承諾が得られない、または敷地が狭小等の理由で改修できない。<br><input type="checkbox"/> 介護上の問題(段差がある、介護をする部屋が狭い等)から住宅改修が必要だが、経済的理由で改修できない。   |
| 自由記述欄   |  |

・要介護度や住所、介護者や住まいの状況など、今回記入した内容と状況が変わった場合は、入居申込書兼調査書を再提出してください。

・入居申し込み後にお亡くなりになった場合や、特別養護老人ホームへ入居した場合、その他病院への長期入院などの理由により入居の必要がなくなった場合等、申し込みを取り下げる場合は速やかにご連絡下さい。

|                   |   |
|-------------------|---|
| 説明確認及び情報収集に関わる同意書 | 私は、貴施設への入居申込に際し、入居申込から入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について職員から説明を受けました。<br>利用申込書に虚偽や過大な表現による記載があった場合、受理取消しとなっても意義申し立て致しません。<br>貴施設が入居順位決定のため必要な範囲において、わたし(入居希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、今後の高齢者対策の参考とする為、宮城県および登米市に報告提供することに同意します。<br><br>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 入居希望者氏名 <span style="float: right;">(印)</span> |
|-------------------|---|

