

# 指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームプレーグ本塾入所申込書

令和 ○年 ○月 ○日

指定介護老人福祉施設特別養護老人ホームプレーグ本塾施設長 様

〒 ○○○-○○○○  
住所 印西市笠神○○

---

(フリガナ) カサガミ ハナコ  
氏名 笠神 花子 性別 女

---

大・(昭)  
生年月日 ○年 ○月 ○日 (○○歳)

---

電話番号

---

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームプレーグ本塾 に入所したいので、関係書類を添えて申込みます。

身元引受人① (連絡先・送付先)	フリガナ	カサガミ タロウ	続柄	長男
	氏名	笠神 太郎	年齢	○○歳
	住所	〒 ○○○-○○○○ 印西市笠神○○		
	電話番号	○○○-○○○○-○○○○		
身元引受人②	フリガナ	カサガミ ヨシコ	続柄	長女
	氏名	笠神 良子	年齢	○○歳
	住所	〒 ○○○-○○○○ 印西市大森○○		
	電話番号	○○○-○○○○-○○○○		

- 備考
- 今後、施設からの連絡は上記の身元引受人の方にします。
  - 申込書を提出する際には、『介護保険被保険者証』のコピーを、また在宅サービスを利用されている方は、直近の『サービス利用票』及び『サービス提供別票』のコピーも併せて添付して下さい。
  - 身元引受人は、一名でも結構です。

状況申請書

※ 空欄に記載、該当箇所には○印

入所希望者	氏名： 笠神 花子		年齢： ○○ 歳		性別： 男・ <b>女</b>	
要介護状態区分	要介護 1・ <b>2</b> ・3・4・5		生年月日	大・ <b>昭</b> ○年 ○月 ○日		
介護被保険者番号	印西 <b>市</b> ・区・町・村		0	0	0	0
介護認定期間	令和 ○年 ○月 ○日		～ 令和 ○年 ○月 ○日			

(該当するものを選んで理由を記入してください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他( )
	※入所申込みができるのは原則として要介護3以上の方です。要介護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、 <b>要介護1・2の方については以下該当するものを回答して下さい。</b> <input checked="" type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動の意志疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<b>1.</b> 直ちに入所したい	2. 年 月頃に入所したい
--------	--------------------	---------------

入所についての本人の意思	1. 希望している	2. 希望していない	<b>3.</b> 判断できない				
主介護者	フリガナ	カサガミ ハルコ	性別	本人との関係	長男嫁	年齢	○○歳
	氏名	笠神 春子	女	本人との同居	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している		

家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	備考
	笠神 太郎	長男	○○	会社員	
	笠神 春子	長男嫁	○○	パート	
	笠神 一郎	孫	○○	学生	

※ 入院・施設入所中の方は、自宅で介護をすることを想定してご記入ください

世帯状況(入所申込者)	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他( )
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input checked="" type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし
介護者の障害や疾病	<b>無</b> ・有( )
介護者の就労	無・ <b>有</b> (職種:パート 日数: 4日/週 6時間/日 )
介護者の育児・家族の病気	無・ <b>有</b> (近所に住む嫁の母の介護 )
介護者の介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input checked="" type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通
他の同居介護補助者	<b>無</b> ・有(続柄: 日数: 日/週程度 )
別居血縁者介護協力	無・ <b>有</b> (続柄:長女 日数: 1日/週程度 )
近隣者等の介護協力	<input checked="" type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり

※ 空欄に記載、該当箇所に○印

現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている		
	<input type="checkbox"/> 入院している <input type="checkbox"/> 老人保健施設に入所している		
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホームに入所している <input type="checkbox"/> グループホームに入所している		
	<input type="checkbox"/> 老人施設に入所している( 特別養護老人ホーム・短期入所・その他 )		
自宅以外の場合	名称		
	所在地		
	電話		
今までかかった病気	高血圧症	発症時期	(昭)・平・令    〇年 〇月 〇日
	糖尿病	発症時期	昭・(平)・令    〇年 〇月 〇日
	脳梗塞	発症時期	昭・平・(令)    〇年 〇月 〇日
	認知症	発症時期	昭・平・(令)    〇年 〇月 〇日
		発症時期	昭・平・令    年 月 日
		発症時期	昭・平・令    年 月 日
医療行為	<input checked="" type="checkbox"/> インスリン注射( 1回) <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 在宅酸素(    L) <input type="checkbox"/> 痰の吸引( 日中・夜間 ) <input type="checkbox"/> 尿バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他(    )		
床ずれ	(無)・有 (部位:    ), 処置内容:(    )		
かかりつけ病院	〇〇病院	主治医	印西 太郎
住所	印西市大森〇〇	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
在宅サービスについて	1. 利用している ( (デイサービス) ・ (短期入所) ・ 訪問介護 ・ 訪問リハビリ 訪問看護 ・ 訪問診療 ・ デイケア ・ その他 )		
	2. 利用していない		
	要介護度	基準限度額	月間使用単位数
	要介護1	16,765	
	要介護2	19,705	20,000
	要介護3	27,048	
要介護4	30,938		
要介護5	36,217		
※ ご利用単位数をご記入下さい。 ※ 利用提供票を添付して下さい。			
ケアマネジャー 及び施設担当者	事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	
	担当氏名	本埜 良子	電話番号    〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
入所を希望する理由	在宅で介護ができない状況をわかりやすく記入してください  共働きであり、実家の母の介護もあるため、介護することが難しい。		

身体及び日常生活動作の状況	視力	①. 大きい字が見える 2. 顔が見える 3. 色や光が見える 4. ほとんど見えない		
	聴力	1. 正常 ②. 大きい声なら聞こえる 3. 耳元で話せば聞こえる 4. ほとんど聞こえない		
	会話	①. 正常 2. 簡単な会話ができる 3. うなづくことができる 4. ほとんど話せない		
	歩行	1. 自立 ②. 歩行介助 ( 付き添い ・ 手引き ) 3. 車椅子使用		
		車椅子への移乗 ①. 自立 2. 見守りが必要 3. 支える介助が必要 4. 全介助		
	食事	①. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助 4. 全介助 5. その他( )		
		主食: ①. ご飯 2. お粥 副食: 1. 常食 ②. 一口大 3. きざみ食 4. ミキサー食		
		食事量: ①. 普通 2. 少ない 特別な食事: 無 ・ ③. 有 ( 塩分制限6g )		
	排泄	1. 自立 2. 見守りが必要 ③. 一部介助 4. 全介助 ( トイレ ・ オムツ交換 )		
	入浴	1. 自立 3. 見守りが必要 ③. 一部介助 5. 全介助		
認知症の状況	※ ケアマネージャー等に確認をして必ずご記入下さい。			
	1. なし	認知症はない。		
	2. I	何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。		
	3. II a	たびたび道に迷う、買い物などそれまでできたことにミスが目立つ等あるが、誰かが注意していれば自立している。		
	④. II b	服薬管理ができない、電話や訪問者の対応などできない等あるが、誰かが注意していれば自立している。		
	5. III a	日中を中心とする	着替え、食事、トイレが上手にできない。徘徊、物を集める、失禁、不潔行為、火の不始末、大声を出す、物を口に入れる等の行動がある。	
	6. III b	夜間を中心とする	着替え、食事、トイレが上手にできない。徘徊、物を集める、失禁、不潔行為、火の不始末、大声を出す、物を口に入れる等の行動がある。	
	7. IV	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みられ、常に介護を必要とする。		
	8. M	著しい精神症状や問題行動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。		
精神及び行動の状況	下記の行動障害について、項目ごとに該当する数字を記入してください。 ・ 行動障害がない場合は『 1 』を記入 ・ 1ヶ月に1回以上ある場合は『 2 』を記入 ・ 1週間に1回以上ある場合は『 3 』を記入			
	被害的	1	落ち着きなし	2
	作話	1	外に出て戻れない	1
	幻視・幻聴	1	収集癖	3
	感情が不安定	2	一人で出たがる	1
	昼夜逆転	1	火の不始末	1
	常時の徘徊	1	物や衣服を壊す	1
	暴言・暴力	1	不潔行為	2
	同じ話をする	3	異食行動	1
	大声を出す	2	性的迷惑行為	1
	介護に抵抗	1	ひどい物忘れ	3
	認知症状で困っている点を具体的に記入してください。			
	食べたことを忘れて何度も食事を欲しがる。 ポケットの中に紙類をため込んだり、トイレを詰まらせる。			