入居区分		般 •	特例	
入居申込日	令和	年	月	日
入居申込受付日	令和	年	月	日

地域密着型特別養護老人ホーム「アゼリア」入居申込書

地域密着型特別養護老	人ホーム「ア	ゼリア」						
施設長	尾方 洋平	様						
		入居申込者	₹	_				
			住所:					
			氏名:					印
			電話番号:	()	_	
			入所希望者と	の続柄	()

貴施設に入居したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

			入居希望	望者の状況	兄					
フリカ゛ナ			性別	□男性	□女性	:	年 齢	満() 歳
氏 名		生年月日 □明治 □大正 □昭和 年 月 日生						日生		
現住所	Ŧ	_								
現在の	□在宅□□□	□在宅 □施設又は病院等								
生活場所		【施設又は病院	等】							
		名 称								
		所 在 地								
		入所(院)	開始年月日	平	成年	月	日カュ	5		
保険者名			被保険者	番号						
西 <u> </u>	要介護度	□要介護	1 □要介護	2 □要	介護 3 [□要介	`護4 □	要介護 5		
要介護度	要介護認定期間	間 年	月 日	から	名	F	月 日	まで		
入所希望 理由	□要介護度が記	進み、特別養護	老人ホームで	で常時介見	めを受ける	必要	があるため	め		
(複数選択可)	□介護者はいる	□介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で充分な介護が出来ないため								
	□介護者はいる	□介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため								
	□介護をする者がいないため									
	□現在、入所 難なため	現在、入所(院)している施設・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()

	入所希望者の状況	
入所希望時期	□ 施設に空きベッドがあれば直ちに入居したい。	
	□ 令和 年 月頃までに入居したい。	
介護保険負担限度額 段階	□ 第1段階 □ 第2段階 □ 第3段階 □第4段階	
介護保険負担割合	□ 1割 □ 2割 □ 3割	
他施設への申し込み 状況	□ 他施設に既に申し込んでいる (□ 他施設にも申し込む予定 (□ 他施設への申し込みはない)
その他入所に関して 特に希望する事項 (サービス内容等)		
_	特例入所を希望する事由	
□ 知的障害・精頻繁に見られ□ 家族等による□ 単身世帯であかつ地域での□ その他	、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。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。 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、 介護サービスや生活支援の供給が不十分である。 具体的な内容を記入してください。(紙面が不足する場合は、調査票の最終貢にご言	
	同意書	
	県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を 服告することに同意します。 日	と熊本
	入所申込者 氏名: 印	
	入所希望者 氏名: 印	

※介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、負担限度額認定証(該当者のみ)(写)を添付して下さい。

地域密着型特別養護老人ホーム「アゼリア」入居申込書別紙(調査票) (施設・病院等の入所(院)者用)

八居希望者氏名		記入者名		印
入者所属・職名	所 属	連絡先	入所希望者	
(**)	職 名	雷話番号	記入者	

※居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターが記入した場合に記載する。

調査項目		
入居区分		□ 一般 □ 特例
要介護度	要介護度	□要介護 1 □要介護 2 □要介護 3 □要介護 4 □要介護 5
	要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
介護の状況		介助の状況 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 □経管栄養
	食 事	食事の内容 (主食) □普通 □粥 □ミキサー □その他 () (副食) □普通 □きざみ □ミキサー □その他 ()
		食事の制限 □無 □有()
	排せつ(日中)	介助の状況 □自立 □見守り □一部介助 □全介助
		排泄の方法 □トイレ □ポータブル □おむつ □その他()
	排せつ(夜間)	介助の状況 □自立 □見守り □一部介助 □全介助
		排泄の方法 ロトイレ ロポータブル 口おむつ 口その他()
	入 浴	介助の状況 □自立 □見守り □一部介助 □全介助
	更 衣	入浴の方法 □普通 □座浴 □特浴 □その他() 介助の状況 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 □
	体位変換	
		介助の状況 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 □
	移動	器具の使用 □なし □杖 □歩行器 □車いす □リクライニング式車椅子 □ストレッチャー □その他()
	障がい高齢者 の日常生活自 立度	□J □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 ※「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」(平成3年11月18日老健第102-2 号厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知による)
	【その他介明の	状況に関する特記事項】
身体の状況	視力	□普通 □やや悪い □悪い □見えない
	聴力	□普通 □やや悪い □悪い □聞こえない
	発 語	□普通 □やや悪い □悪い □声が出ない
	障害者手帳等	□無 □有 【障害手帳等】
	の有無	手帳等の種類
		障害名
		障害の程度(級・度)
	麻痺 □無	□有 □左 □右 □完全麻痺 □不全麻痺 関節制限 □無 □有
	· ·	状況に関する特記事項】

調査項目		内容	
調査項目 認知症の症 状	(平成5年10月26日老健第 【主な周辺症状】	Ⅲ □Ⅳ □M 以知症である老人の日常生活自立度判定基準」 第135号厚生省老人保健福祉局長通知)による □攻撃行為 □夜間不眠 □興奮 □不潔行為	
医療の状況	□人工肛門 □/	をしている。 青瘻 □在宅酸素 □インスリン注射 バルーンカテーテル □その他() 大は安定しており、服薬や処置の必要はない。 く、処置の必要性もない。	
	主な疾患(既往歴)名	治療の状況	
	又は処置名	□服薬治療 □入院治療 □配置医師の診察 □外部への通院 □その他()	
		□服薬治療 □入院治療 □配置医師の診察 □外部への通院 □その他()	
		□服薬治療 □入院治療 □配置医師の診察 □外部への通院 □その他()	
		□服薬治療 □入院治療 □配置医師の診察 □外部への通院 □その他()	
		□服薬治療 □入院治療 □配置医師の診察 □外部への通院 □その他()	
	【その他疾患及び服薬状	況又は処置に関する特記事項】	

調査項目		内容			
退居(院)後 の在宅での 生活環境の 予定	単身・同居の別	□一人暮らし □家族と同居(子の家等に同居する 【家族がいる場合の家族構成】	5場合も含	t)	7
	住居の状況	□介護に適していない箇所が多い。 □ある程度介護に適した状態で整備されているが、	介護に適	していない箇	 i所
		が一部ある。 □ほぼ介護に適した状態で整備されている。			
退居(院)後 の在宅での 介護者の状 況の予定	※同居の家族の	がいない □介護者がいる ほか、同居以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護の 者は除く。以下同じ。	呆険等の保	健医療福祉サー	_
		場合の主たる介護者の状況及び負担(※)】 神的、経済的負担等を指す。			
	氏 名	入所希望者と の続柄	年齢	満歳	
	同居の有無	□同居 □別居(□近隣地在住 □遠隔地在住)			
	就労等の状 況	週()回、1日当たり()時間、()に従事	
	疾病・障害 等の状況	□有(内容:)	□無	
	対応状況	□介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内□介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部は内容がある。 □介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。			
	介護の負担	□負担が大きい □負担がやや大きい □負担が少	ない		_
	介護者に関する特記事項				

調査項目			内	容		
退居(院)となった場合、在宅での介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福	※現実的に退居 考えられるサー	る □利用していない 居(院)が難しい場合 [~] -ビスを記入してくだる	でも、退居	(院)となり、在	宅生活に	こなった際に必要と
社サービス等の 利用状況	介護保険の居宅サ	いる場合の状況】 サービス種類	週・月(利用) 時間·日程度
	ービス (※)の利		週・月() 回 1回当7) 時間・日程度
	用状況		週・月 (週・月 () 回 1回当7)時間·日程度)時間·日程度
		A 22 - 22 - A		AA HII she har - /) o/	
	介護保険 以外の福 祉サービ ス等の利 用状況	サービス種類	かせて、支	給限度額の(利用		程度利用
	対応状況	□介護が必要な場合	アー対応で	まかい時間 典立た	1内容が2	Z 1.\
		□介護が必要な場合 □介護が必要な場合 又は内容がある。				
		□介護が必要な場合(養管理指導、痴呆対応型 与については、利用回数:	共同生活介記	嬳、特定施設入所者	生活介護	を除く。

調査項目	内 容
その他入所申込みに関して特に留意すべき事項	※前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載して下さい。 (例 生活歴等について、家族構成図や入居希望者に対するご家族の関わりについて等)