

入所希望申込者 各位

特別養護老人ホームシルバーガーデン
施設長 小高麗花
(公印省略)

特別養護老人ホームへの入所申込みについて

時下、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

この度は、当施設へ入所の申込みをいただきありがとうございます。

さて、入所申込みにあたり個人情報の取り扱いについては、記載された内容のうちの一部を保険者（市町村）に提供する場合や、要介護認定時の情報を入手する場合、また、入院・入所されている方は、その施設から本人及び家族の情報提供を受ける場合がありますのでご了承ください。

この申込書は、記入漏れの無いよう全て記入してください。また、下記事項にご留意いただき入所申込書を当施設宛に郵送又は持参して下さるようよろしくお願いいたします。

記

1. 注意事項

- (1) 平成27年 4月の介護保険法等の改正に伴い施設入所は原則、要介護3以上の方に限定されておりますが、要介護1及び2の方であっても、やむを得ない事由がある場合などは「特列入所」もありますのでご記入いただき提出してください。
- (2) 要介護度の変更、申込者や主たる介護者の状況が著しく変更となった場合お手数ですが、施設までご一報ください。
- (3) 漏れの無いよう全て記入してください。
介護度が認定切れで更新中、介護度に著しい変更があって現在変更申請している場合などで、介護度の決定がされていない時は、従前の介護度を記入し、決定がされたら施設までご一報ください。
※ 上記(1)(2)については、必ず連絡をお願いします。
点数化できずに待機者名簿に記載されません。
- (4) 入所申込が必要でなくなった場合（他施設入所・死亡等）
お手数ですが、施設までご一報ください。
- (5) 当施設では年に1回、既に申し込みをいただいている方々を対象に「入所希望者の心身の状況・主たる介護者の状況」にお変わりがないか等を把握するため、再調査をさせていただき、継続して申込書の提出をお願いしております。
その際に申込書を返送されない場合は、入所申込みをしない又は取り消したものとさせていただきますのでご了承ください。

2. 返送先

〒298-0016

いすみ市新田若山深堀入会地9番地

特別養護老人ホームシルバーガーデン

「入所申込」

3. 連絡先

電話 (0470) 62-8855

記入にあたっての不明点は、施設ケアマネジャー又は相談員にお尋ねください。

特別養護老人ホームシルバーガーデン入所申込書

【新規】

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所を希望する理由 (該当全てにチェックをして下さい)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input 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 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"/> 現在の施設では費用がかさむため。 <input type="checkbox"/> 現在の施設を継続利用するため。 <input type="checkbox"/> その他()
要介護度1及び2の方は回答して下さい 該当がない場合は「□該当なし」にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> 認知症が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 <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 <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"/> 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が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 該当なし
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい
家族・親族の認識	<input type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 家族が希望している <input type="checkbox"/> 本人・家族共希望している <input type="checkbox"/> 家族・親戚(入所希望者の子等)が希望している <input type="checkbox"/> 家族は希望しているが、親戚は希望していない

○申込者(連絡先)

今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒:	
住所:	
氏名:	続柄
電話:	
携帯:	

○入所希望者

〒:	
住所:	
ふりがな	
氏名:	男 女
生年月日	M・T・S 年 月 日 歳

○入所希望者の世帯の状況

※必須 現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者と同居(高齢者世帯) <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている ◇ 施設名又は病院名: _____ ◇ 入所又は入院時期: 令和 年 月から入所・入院している	※施設や病院に入っている場合、入る前の状況を選択してください(必須)
-----------	---	------------------------------------

○入所希望者の介護保険情報(介護保険証(緑色)から転記してください。)

被保険者番号(通常10桁)	保険者番号(6桁)	要介護度
		1 2 3 4 5 申請中
認定の有効期間 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		申請中の場合はその前の介護度 1 2 3 4 5 (後日報告)

○入所希望者の介護保険サービスの利用状況

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 介護施設
<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> シルバーガーデン デイサービス	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> シルバーガーデン ショートステイ	<input type="checkbox"/> その他

○入所希望者の心身の状況について

日常生活自立度	要介護判定の時などに使われるもので、担当のケアマネジャーであればご存じだと思います。分かれば右欄の該当箇所に○印を付けていただき、下記の設問は無回答で構いません。分からなければ下記の設問に答えて下さい	認知症 状なし	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
---------	--	------------	---	-----	-----	------	------	----	---

(日常生活自立度が分からない場合、現在の状態について、該当する項目にできるだけ正確に記入して下さい)

日常生活自立度が分かれば回答不要です。	月に1~2回	週に1~2回	非常に多い		
1 物を盗られた等と被害的になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
2 作話をし周囲に言いふらす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
3 実際にないものが見えたり、聞こえる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
4 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
5 夜間不眠あるいは昼夜の逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
6 暴言や暴行	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
7 しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
8 大声をだす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
9 助言や介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
10 目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
11 一人で外に出たがり、目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
12 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
13 火の始末や火元の管理ができない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
14 物や衣類を壊したり、破いたりする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
15 不潔な行為を行う	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
16 食べられないものを口に入れる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
17 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある
18 外出すると病院、施設、家などに一人で戻れなくなる	<input type="checkbox"/> 戻れる	<input type="checkbox"/> 多分戻れる	<input type="checkbox"/> 多分戻れない	<input type="checkbox"/> 戻れない	
19 「家に帰る」等と言いつつ、落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 殆んどない	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 毎日ある

施設等入所中、他の介護サービス利用中など

日常生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 歩ける	<input type="checkbox"/> やや不安定	<input type="checkbox"/> 歩けない	<input type="checkbox"/> 寝たきり	主な既往歴
		<input type="checkbox"/> 補助具使用(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他)				
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般(普通)浴槽を使用	<input type="checkbox"/> 機械(特別)浴槽を使用			
		<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面介助		
	食事	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面介助		
身体状況		<input type="checkbox"/> 自助具使用(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他)				
	排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> やや不安定	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面介助	
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ使用				
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全面介助		
	肢体不自由	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 半身 右・左)			
精神状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視(右・左)	<input type="checkbox"/> 全盲(右・左)		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴(右・左)	<input type="checkbox"/> 難聴(右・左)		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 難		
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能	
精神状況	指示の理解	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能	
	認知症状	認知症の有無 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ややある <input type="checkbox"/> ある				

○主たる介護者・家族の状況について （入所申込者が入院・入所中の場合は、もしも自宅に帰ってきた時にどう思うか、どうなると思うかを記入してください）

主たる介護者の氏名		男 女	歳	続柄
住所 申込者(連絡先)と異なる場合記入				電話

主たる介護者が感じる介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし	独居は無記入②
主たる介護者の疾病や障害	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 疾病や障害があるが介護は可能 <input type="checkbox"/> 疾病や障害があるが、下記2項目程度の日常生活援助なら可能 <input type="checkbox"/> 疾病や障害のため、下記のような日常生活全般の援助が困難 （記； 排泄・入浴・移動・着脱衣・食事） ※ 疾病や障害がある場合、その状況を記入して下さい。	独居は無記入③
主たる介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している ⇒ ○ 実働勤務時間:() 時間/日	独居は無記入④
入所希望者以外の介護・看護・育児の状況	※ 入所希望者の他に、家族の中で介護・看護・育児を必要とされる方が <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる （※ 介護・看護・育児を必要とする時間について記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 常時	独居は無記入⑤
介護への関わり方	介護者のストレス度 <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> (数字に○印) 無理なく介護している 普通 仕方なく介護している できれば介護したくない 我慢できない	独居は無記入⑥

介護の協力状況

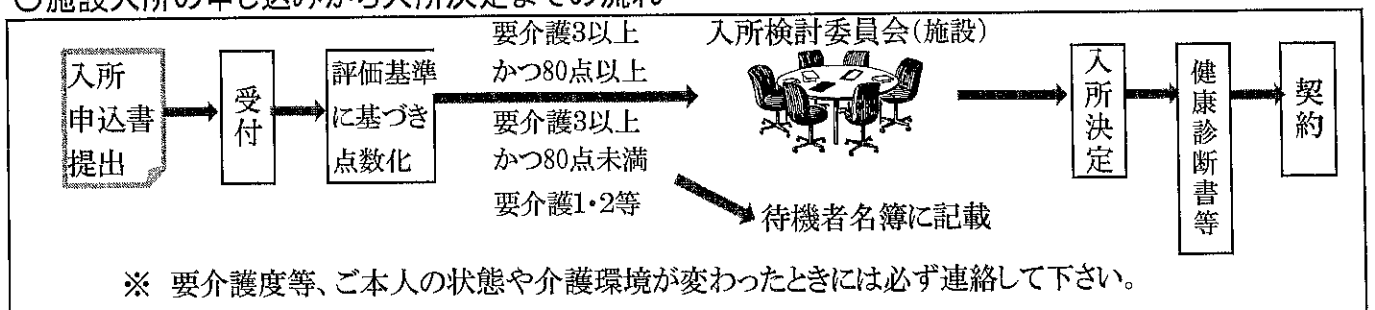
他の同居介護補助者の有無	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ◆ ※ 続柄	介護協力 (1日2時間以上) <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 殆んどなし 週4日程度以上 週1~3日程度	独居は無記入⑦
別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ◆ ※ 続柄	介護協力 (1日2時間以上) <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 殆んどなし 週4日程度以上 週1~3日程度	
近隣者の介護協力	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ◆	介護協力 (1日2時間以上) <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 殆んどなし 週4日程度以上 週1~3日程度	

○ご担当ケアマネジャー（介護支援専門員）の状況について

【入院中等で契約が切れている場合は、以前の支援事業所・ケアマネジャーの内容をお願いします。】

事業所名	電話	ケアマネジャー氏名
		様

○施設入所の申し込みから入所決定までの流れ



○ジェノグラム
(家族関係図)

ジェノグラムとは、
家族の全体像を捉えるために、家族構成と家族関係をひとつの図中に示したもの。
ジェノグラムは、福祉サービス利用者とその家族がどのような援助を必要としているのかを
把握するための情報収集の第一歩であり、高齢者や障害者を抱える家族が持つ複雑な
問題に対する理解を深め、家族全体を支援していくために大切な情報です。

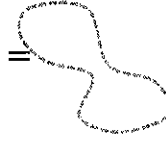
ジェノグラムを描くにあたって

(通常3世代を記入)

男性=□ 女性=○

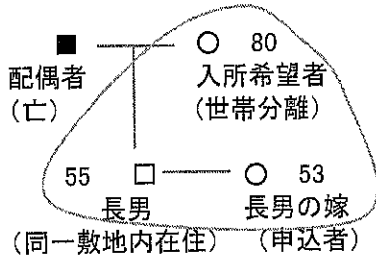
既に亡くなっている場合
男性=■ 女性=●

入所希望者と
同居の家族を
囲んで下さい

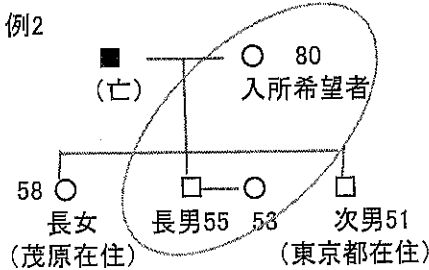


続柄・年齢や
所在地なども
入れて頂けると幸いです

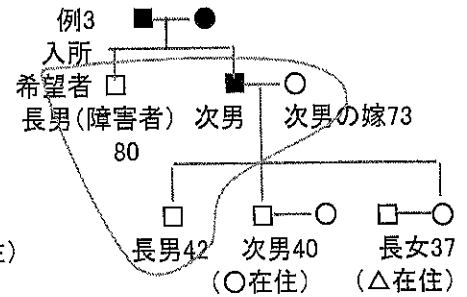
例1



例2



例3



※ジェノグラムを記載してください。

○その他

入所申込者が、 日常行っている医療について教えてください	医療面での既往歴や介護でのお困りのこと等 があればご記入ください (裏面を活用されても結構です)
褥瘡の有無(有・無)	
経管栄養の有無(胃瘻造設・経鼻)・無	
インシュリン注射 1日 回	
人工透析 週 日 在宅酸素の有無(有・無)	

※返送にあたっての留意事項

1. 返信用封筒は任意です。
2. 封筒に差出人の住所・氏名を記入してください。
3. 定型封筒+申込書A4.4枚=82円 (料金不足の場合は受け取れませんのでご注意ください。)
4. 介護保険証のコピーなどは必要ありません。