

特別養護老人ホーム青空優先入所申込書(その1)

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

特別養護老人ホーム青空  
施設長 設楽 敬三 様

【申込者】

住所	〒		
(ふりがな)			本人との関係
氏名			
電話番号	( )		
携帯	( )		

特別養護老人ホーム青空へ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(ふりがな)		性別	男 ・ 女		
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒		電話 ( )		
	介護保険	保険者	被保険者番号		介護認定期間	平成 年 月 日から
		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			平成 年 月 日まで
	現在利用している在宅サービスの状況	在宅サービスの利用期間		平成 年 月頃から		
		訪問介護		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	通所介護	
		訪問入浴介護		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	通所リハビリテーション	
		訪問看護		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	短期入所生活介護	
		訪問リハビリテーション		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	短期入所療養介護	
福祉用具の貸与・購入費の支給		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	( )			
品目( )		( )				
現在利用中の居宅介護支援事業所名	住所		電話			
	事業所名(担当者)					
認知症等による不適応行動 *複数回答可	1 徘徊(室内)	2 徘徊(屋外)	3 暴力(身内)	4 暴力(第3者)		
	5 大声・奇声(一時)	6 大声・奇声(常時)	7 収集癖(屋内)	8 収集癖(屋外)		
	9 被害妄想	10 不潔行為	11 異食	12 昼夜逆転		
	13 感情失禁	14 もの忘れ/繰り返し				
医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】					

特別養護老人ホーム青空優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(ふりがな) 氏名	性別	本人との関係	
		生年月日	男・女		
		同居区分	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
		介護期間	1 同居 2 別居 (住所 ) 電話		
		就労状況	平成 年 月頃から		
		育児の状況	有 ( 常勤 ・ パート ) ・ 無		
		健康状態	有 ( 人 ) ・ 無		
		家族の健康状態	良好 ・ 不良( )		
	従たる介護者	(ふりがな) 氏名	性別	本人との関係	
		同居の区分	男・女		
		介護の可能性	1 同居 2 別居 (住所 ) 電話		
		介護期間	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 平成 年 月頃から		
	そ の 他	優先入所を希望する理由	1 介護者がいないため 2 介護者はいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため 3 介護者はいるが高齢等のため十分な介護が困難なため 4 介護者はいるが就業しているため十分な介護が困難なため 5 介護者はいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい 7 その他		
		優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい		
希望の居室形態		1 ない 2 ある ( 個室 ・ 多床室 )			
申込の状況		1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる(申込時期 平成 年 月) 所在地 : 施設名 :			
併設施設への案内	当施設は、特別養護老人ホーム青空の他、ショートステイ青空、特定施設入居者生活介護ケアハウス桜草、グループホームさくらんぼを併設しています。又、本庄市に地域密着型ユニット型特別養護老人ホーム本庄青空、深谷市にサービス付高齢者向け住宅グランドケア琥珀を運営しております。 各施設で空室が出た場合、入所等のご案内をさせていただいてよろしいでしょうか。 1 同意します 2 同意しません				
説明確認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 : _____				

- ※ 1 認定調査票(写)、被保険者証(写)、サービス利用票(写)を添付してください。
- ※ 2 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。
- ※ 3 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。
- ※ 4 記入もれがある場合、申込み手続きが行えませんので、太枠内すべて記入して提出してください。

特別養護老人ホーム 青空優先入所申込書(その3)

入所を希望される方の状況について○を付けてください。

A D L の 状 況	麻痺等の有無	無 ・ 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢 (筋力低下)	
	関節可動制限	無 ・ 肩関節 ・ 膝関節 ・ 肘関節 ・ 股関節 ・ その他	
	歩 行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (杖使用 ・ 押車 ・ 車椅子)	
	両足での立位	自立 ・ 支えがあればできる ・ できない	
	座位の保持	自立 ・ 自分の手で支えればできる ・ できない	
	寝 返 り	自立 ・ 何かにつかまればできる ・ できない	
	着 脱	上着の着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
		ズボンの着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	食 事	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養
		水分	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
		義歯 (有 ・ 無) むせ込み (有 ・ 無)	
		食事内容 (主食 : ご飯 ・ お粥 ・ 流動食 ・ その他)	
		(副菜 : 普通 ・ キザミ ・ 軟菜 ・ ミキサー)	
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (一般浴 ・ 機械浴)	
排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (尿意 有・無 便意 有・無)		
	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ おむつ ・ 尿とりパット		
	排便のない時の対応 (薬剤 ・ 浣腸 ・ 何もしない)		
心 身 の 状 況	褥 瘡	有 ・ 無 (部位)	
	睡 眠	良 ・ 不良 ・ 徘徊 ・ その他	
	視 力	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由 ・ 眼鏡	
	聴 力	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由 ・ 補聴器	
	会 話	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由	

特別養護老人ホーム 青空優先入所申込書(その4)

主治医氏名			主治医所属病院	
住 所			電 話 番 号	
内 服 薬	有 ・ 無	内 容	内容が不明の場合は、処方箋を添付してください。	
感染症有無	有 ・ 無	B型 ・ C型 ・ 疥癬 ・ その他( )		
過去の病歴				
特記事項				
記 入 年 月 日	平成	年	月	日 記入者氏名
				関係