

～お申込み上のご留意点～

- *入所対象者は原則要介護3以上です。要介護1、2の方は別紙「特例入所理由書」の要件に該当する方に限り、入所対象者となります。別紙「特例入所理由書」を添えて施設へお申込みください。
- *こちらの申込書は、必ず控えをとってお手元で保管してください。
- *本申込書記載内容の状態やご連絡先など変化があった場合は、入所優先順位が変わることがありますので、必ず申込施設の生活相談員までご連絡をお願い致します。
- *本申込書は、施設が申込受付した日の翌月1日から2年間有効です。この期間を経過し、連絡がない場合は取り下げたものとみなしますのでご注意ください。

特別養護老人ホーム 入所申込書

(町田市統一書式)

受付日		受付は施設が使用する ため記入不要
受付番号		

申込者・本人以外のご連絡先 (家族または成年後見人)

住所	〒 000 - 0000 東京都〇×区△△町×-〇-△□ 〇△マンション2222号室		
申込者氏名	町田 花子	続柄	長女
電話	03 - 〇〇△△ -	△△××	
携帯	090 - □□△〇 -	××□□	

下記の特別養護老人ホームに入所を希望します。

入所申込施設名	×△苑
---------	-----

フリガナ	マチダ タロウ	性別	
本人氏名	町田 太郎	男	女
生年月日	明・大 〇〇年 〇月 ×日 (△×歳)		
現住所	〒 194 - 0000 東京都町田市〇〇町□-×-〇		
電話	042 - 〇△□ - 〇△□〇		
携帯	080 - △△□× - ×△×△		

保険者 (市区町村名)	町田 市
介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1
要介護度	要介護 1 ・ 2 →特例入所理由書を添付 要介護 3 ・ 4 ・ 5
認定有効期間	平成 〇〇年 〇△日 △×土 から 平成 〇〇年 〇△月 △×日 まで

入所希望者本人の状況	現在の暮らし	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院に入所・入院中 施設名・病院名 〇□病院		
	担当相談員氏名	〇山 △子	電話	042 - △□× - ××〇〇
	入所または入院時期	〇年 〇月 から	退所予定または退院予定時期	〇年 ×月 頃
	「入院」の場合は入院となった理由をご記入ください	自宅で転倒し、右大腿骨頸部骨折となり、手術をした。		

入所希望の理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない
	<input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障がい」「疾病」等により十分な介護ができない
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者の就労により十分な介護ができない
	<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できない
	<input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護ができない
	<input checked="" type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者が2人以上の要介護者、障がい者の介護または未就学児の育児をしているため十分な介護ができない
<input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを利用しているため経済的負担が大きい	
<input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設や病院に入所・入院しているが、入所費用・入院費等の負担が大きい	
<input type="checkbox"/> その他	

入所希望の時期	<input checked="" type="checkbox"/> 1、至急 <input type="checkbox"/> 2、半年以内 <input type="checkbox"/> 3、半年から1年以内 <input type="checkbox"/> 4、1年から2年以内(いずれ入所したい)	申請状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input checked="" type="checkbox"/> 他施設も申請中 施設名 〇×ホーム
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 知らせていない <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下により理解が困難		

主介護者	フリガナ	マチダ ハナコ	性別		担当ケアマネジャー・相談員の連絡先	事業所名	△△居宅介護支援事業所
	氏名	町田 花子	男	女		電話	042 - △△× - 〇△〇△
	生年月日	明・大 〇〇年 〇月 〇日 (△△歳)				担当者氏名	〇山 △郎
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input checked="" type="checkbox"/> 別居している					

※日頃の介護の様子をよく御存じの方がご記入ください（ご家族以外の方でも結構です）。

記入者氏名	町田 花子		本人との関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input checked="" type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他（ ）	
日常生活の状況	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 見えない（眼鏡使用 <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし）			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴（補聴器使用 <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし）			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助（ <input checked="" type="checkbox"/> 車いす・歩行器・杖）を使用			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助（紙パンツ・紙パッド・ <input checked="" type="checkbox"/> 紙おむつ）を使用			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input checked="" type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない			
	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（左上肢・右上肢・左下肢・右下肢）			
	拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（肩関節・股関節・膝関節・手指・足指）			
認知症・行動障がい の状況	物を盗られたと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
	作話をして周囲に言いふらすことが	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
	実際にはないものが見えたり聞こえることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
	怒って感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input checked="" type="checkbox"/> ある			
	夜間不眠あるいは昼夜逆転症状が	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
	暴言・暴行・大声を上げることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input checked="" type="checkbox"/> ある			
	助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
	目的なく歩き回る・家に帰ると落ち着かなくなる・一人で外に出たがるのが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input checked="" type="checkbox"/> ある			
	食べられないものを口に入れることが	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
追加・補足事項 記載欄	<p>「財布を盗られた」と職員に訴えることが時々ある。リハビリ中や介護の際に「うるさい！」と怒鳴ることがあり、理由を聞くと意味が解らないことを言うことがある。 日常的にも会話が成り立たない場面も見られる。</p>				
医療の状況	既往歴・現在治療中の疾患	右大腿骨頸部骨折手術後・高血圧症・認知症			
	現在処方されている薬 (コピー添付でも可)	(お薬手帳もしくはお薬情報シートから転記するか、そのコピーを添付してください)			
	必要な医療的なケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡治療 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
在宅サービスは利用していますか？ <input checked="" type="checkbox"/> はい（「はい」の方は下記の欄にサービス名と利用頻度記載してください） <input type="checkbox"/> いいえ					
<p>(※サービス利用票のコピー添付でも可)</p> <p>デイサービス週3回、ショートステイ月12日程度、訪問看護週1回、訪問介護週2回</p>					
介護状況等、本人に対して配慮が必要なことを具体的に記載してください					
<p>自宅では一人暮らしで、私も同居することができません。主治医の先生からは日常生活では車いすを使用するように言われてしまい、自宅へ戻ることは困難なので、特別養護老人ホームの申込みをしました。 入院中に認知症が進んでしまい、「帰る」と言って落ち着かなくなります。また、排泄も自分でトイレに行くことができず、おむつでするようになってしまいました。以前から自立心が強くあり、リハビリの先生や看護師さん、介護の方がリハビリや介助をしようとすると「うるさい！」と大きな声を上げてしまうことがあるようです。</p>					
記載者	関係	家族	続柄・職種	長女	氏名 町田 花子
担当ケアマネジャーもしくは相談員（病院・施設）より特養入所についてのご意見を記載してください（緊急性・虐待等）					
<p>自宅で一人暮らしをされていたようですが、入院中に認知症が進み、今は身の回りのことには介助が必要な状態です。別居のご長女様は就労されており、お休みも不規則です。また、小さなお子さんが1人いらっしゃるため、介護までは余裕がない状況であり、同居することや、通いながらでの定期的な介護は厳しいと思われます。 退院後に在宅でのサービスを調整しても、大規模な住宅改修工事、太郎様の認知症の状態や日常生活を考えると、在宅での介護保険サービスを調整することは困難と思われ、施設に入所することが妥当であると判断しました。</p>					
記載者	所属機関名	△△居宅介護支援事業所	職種	ケアマネジャー	氏名 □山 △郎

～特例入所理由書への記入上のご留意点～

- *特例入所の対象者は要介護1もしくは2の方のうち、特例入所の理由・要件に該当する方に限られます。したがって、理由・要件に該当しない方は入所対象となりません。
- *本理由書は要介護1～2の認定を受けられている方のみ申込施設へ申込書と共に提出してください。
- *本理由書は、必ず控えをとってお手元で保管してください。
- *本申込書は、施設が申込受付した日の翌月1日から2年間有効です。この期間を経過し、連絡がない場合は取り

特別養護老人ホーム 特例入所理由書

(町田市統一書式)

受付日		受付は施設が使用するため記入不要
受付番号		

入所希望者の情報	フリガナ	マチダ タロウ	性別	保険者(市区町村名)	町田 (市) 区・町・村
	本人氏名	町田 太郎	男・女	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1
	生年月日	明・大・昭 △△ 年 □ 月 × 日 (△× 歳)		要介護度	要介護 1 ・ 2
				認定有効期間	平成 ○○ 年 ○△ 月 △× 日 から 平成 △△ 年 △× 月 ×× 日 まで

※下記の特例入所に該当する理由・要件のうち、該当するものすべてをチェックしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	1. 認知症であることにより、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る。
<input type="checkbox"/>	2. 知的障がい、精神障がいを伴い、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が頻繁にみられる。
<input type="checkbox"/>	3. 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
<input checked="" type="checkbox"/>	4. 単身世帯である、同居家族が高齢また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。

要介護認定の区分変更申請の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ある ○△ 年 △△ 月 □× 日に(申請予定 申請した)
------------------------	-----------------------------	--

同意欄	本理由書を町田市へ提出することに同意します。 ※本理由書は町田市への報告義務があります。予めご了承ください。 本人氏名 <u>町田 太郎</u> 町田印
	<u>○△ 年 □ 月 × 日</u> 代理人氏名 (続柄 <u>長女</u>) <u>町田 花子</u> 町田印

担当ケアマネジャーもしくは担当相談員(病院・施設・高齢者支援センター等)が特例入所についてのご意見を記載してください。【緊急性・虐待等】

記載者	所属機関名	△△ 居宅介護支援事業所	職種	介護支援専門員	氏名	□山 △郎
-----	-------	--------------	----	---------	----	-------

自宅で一人暮らしをしていたが、自宅の玄関で転倒による右大腿骨頸部骨折で手術を受け、その後入院中に認知機能が著しく低下。食事は声掛けや一部介助の必要があり、排泄、整容等は全介助を要する。「財布が盗られた」と看護師や職員に訴え落ち着かなくなることもある。「自宅へ帰る」と言い出して精神的に不安定になることや、リハビリ中にPTあるいは介助中に看護師や介護職員に対して突然大きな声で怒鳴ったり、意味不明な会話を繰り返すこともみられる。

日常の意思疎通に困難さもみられ、会話が成り立たないこともある。

ご家族は就労、子育てなどにより繁忙で、休みも不規則であるため同居は厳しく、通いによる支援も期待しにくい状況である。

自宅に戻るためには大規模な住宅改修が必要と見込まれ、経済的な面を考えると困難である。要介護認定の区分変更申請を行い、今後認定が変更となる見込みである。