

# 社会福祉法人まほろば 利用申込書

特例入所

施設長 殿

整理番号	
受付日	平成 年 月 日
受付者	

私は、以下のサービスを利用したいので申し込みをいたします。

- 特別養護老人ホームまほろばの里たいわ (  個室  多床室 )  
 ショートステイまほろばの里たいわ  
 特別養護老人ホームまほろばの里向山  ショートステイまほろばの里向山

申請者	氏名(ふりがな)		続柄:
	住所	〒	
	電話番号	( )	大・昭・平 年 月 日 歳

利用希望者	介護保険被保険者番号	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで			
	氏名(ふりがな)	男 ・ 女			
	住所	〒			
	電話番号	( )	明・大・昭 年 月 日 歳		
	要介護度	1・2・3・4・5	他施設の申請状況		
	担当介護支援専門員	事業所名			氏名
	その他保険証等	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 世帯区分 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 ( 種別 : _____ 判定 級 種 )			
	本人の状況等	<input type="checkbox"/> 一人暮らしである。 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態、入院中、又は高齢、障害のため、十分な介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護や育児を行っているため、十分な介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 介護者が働いているため、十分な介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 高度な介護(医療行為等の必要性)が必要であるため、十分な介護が困難である。			
	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅で過ごしている <input type="checkbox"/> 病院に入院中 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 ◆入所(入院)している「施設(病院)」の名称及び入所日(入院日)を記入して下さい。 名称: _____ 入所日(入院日): 平成 年 月 日 ~			
家族構成 (申請者以外で)	氏名	続柄	年齢	同居の有無	仕事の有無
				同居・別居	フルタイム・パート・無
				同居・別居	フルタイム・パート・無
				同居・別居	フルタイム・パート・無

身体 の 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔食事の種類〕 普通 ・ 全粥 ・ 刻み ・ ミキサー ・ 経管栄養
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔移動の方法〕 自力歩行 ・ 杖使用 ・ 車椅子使用 ・ 寝たきり
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔オムツの使用〕 あり ・ なし
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔入浴の種類〕 一般浴 ・ リフト浴 ・ ストレッチャー浴
	更衣整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 難しい 〔困っていること〕
認知 症 の 状 況	ある ・ なし      (「ある」の場合下記のご記入をお願いします)	
	次あげるような症状がありますか？ あてはまる番号全てに○をつけて下さい。 1・記憶力の低下(直前の記憶が無く、同じことを繰り返したり、何度も同じことを聴いたりする。) 2・理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。) 3・見当識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人が解らない事がある。) 4・昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から、夜中に奇声を発したり、動き回ったりする) 5・徘徊(目的もなく歩き続けたり、ウロウロすることがある) 6・妄想・幻覚(「お金を盗られた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、見えないものが見えることがある、誰もいないのに会話をしたりする) 7・収集癖(自分のものではない物や、必要でない物を持ち帰る行動がみられる) 8・その他	
医療 的 処 置	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( ) ◆既往歴 1)      2)      3) ◆現在治療中の病気及び医療機関	
特 例 入 所 の 該 当 要 件	<input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、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ている <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ている <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる事等により、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 (指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由) ※特例入所要件に関する在宅生活が困難な状態等について、具体的な理由をご記入下さい。	
申 込 み 理 由	今すぐ入所する意思がありますか？      今すぐ ・ 数ヵ月後 ・ 1年以上	
	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護する者が仕事をしていて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 病院や施設から退院(退所)を求められているため	

ご本人の状況をより詳しく把握するために、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を得てもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名、押印をお願い致します。

氏名(本人) \_\_\_\_\_ (印)

代筆者 \_\_\_\_\_ (印)