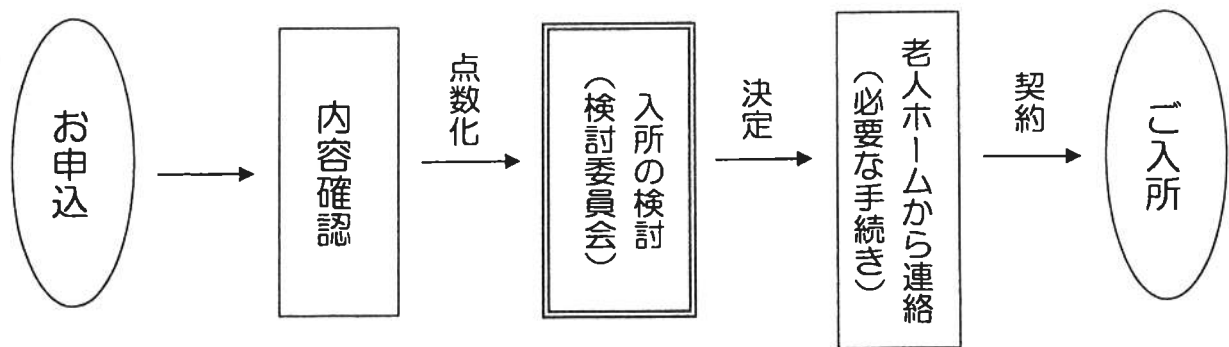


特別養護老人ホームの入所申込にあたって

名古屋市内の特別養護老人ホームでは、同じ入所基準に沿って、入所の優先順位を決定しています。具体的には、入所を希望される方の介護状況その他に応じて、入所の必要度を点数化し、点数の高い方からご入所いただける制度となっています。

お申込からご入所まで



- ①はじめに、介護状況その他についてお伺いするため、お申込書を作成いただきます。分からないところは、申込時に職員がお聞きします。
- ②お申込書から入所の必要度を点数化します。その点数をもとに、老人ホームごと開催する入所検討委員会で入所の決定を行います。入所できることになりましたら、老人ホームから連絡があります。
- ③ご連絡後、必要な面談や健康診断を行い、入所に支障がない場合、契約をして入所となります。申込書に事実と異なる記載があったときは、入所できなくなりますので、ご注意ください。

(1) お申込のときの状態から変更があった場合は、変更届の提出をお願いします。変更届がない場合は、適切な点数化ができないことがあります。

【変更届が必要な場合】

- ア 入所希望者の要介護度
- イ 主たる介護者の変更（介護の困難性に関わる状況の変更含む。）
- ウ その他入所の必要性に大きく関係すると思われる状況変化

(2) 連絡先が不通となり、連絡先変更のご連絡がない場合は、取下げの扱いとさせていただきますので、ご了承ください。

(3) 他の老人ホームに入所するなどして、申込の必要がなくなりましたら、申込をした老人ホームにご一報くださいますようお願いいたします。

申込書記入上の注意

<1 ページ>

「申込状況」

他の施設へも申し込みをしている場合又は申し込む予定である場合は、施設名を記入してください。なお、これは特別養護老人ホームへの申込状況を確認するためのものであり、この記載が入所順位に影響することはありません。

<2 ページ 入所希望者の状況>

「医療に関する状況」

- (1) 経管栄養や胃ろうなど特別な医療的対応が必要な場合は、該当するものにレ印を付けてください。特別な対応が必要でない場合は、「なし」にレ印を付けてください。
- (2) 現在治療中の病気があれば記入してください。
- (3) その他、健康状態や心身の状況で特に配慮を要すること等があれば記入してください。

「認知症等による行動障害」

現在、日常生活において、ここに揚げたような行動が見られる場合は、該当するものすべてにレ印を付けてください。このような行動がない場合は、「該当なし」にレ印を付けてください。

項目	該当する内容
徘徊	あてもなく家中や屋外を歩き回る。
不潔行為	ところ構わず放尿や排便をする。便や尿を弄んだり撒き散らしたりする。
不穏行動	興奮して騒ぎたてる。
自傷行為	自分の身体を傷つけたり、自殺を図ったりする。
暴力行為	乱暴なふるまいをする。他人に暴力をふるう。
昼夜逆転	昼間ほとんど寝ていて、夜中に起きて動き出し、日常生活に支障が出ている。
異食行動	食べられないものを口に入れる。
火の不始末	タバコやガスコンロなどあらゆる火の始末や火元の管理ができない。
被害妄想	実際は盗られていない物を盗られたと言うなど。

<3 ページ 介護者の状況>

「介護者の状況」

(ア) 氏名

直接介護をなさっている方、あるいは、ご自分で介護はなさらなくても、ケアマネジャーとの連絡調整やヘルパーの手配、施設への申込み等を実際に行っている方についてご記入ください。(ホームに入所した場合に、ホームとの連絡調整にあたっていただく方を想定してください。)

現在、老人保健施設や病院その他の施設に入所している場合は、退所後の在宅生活における介護者の状況を想定して記入してください

(イ) 就労状況

介護者が就労している場合は、平均的な1週間の勤務日数及び勤務時間数を記入してください。就労していない場合は、「就労していない」にレ印を付けてください。

(ウ) 健康状態

介護者の健康状態について記入してください。

ア 以下のイ～エにあてはまらない場合 →「健康」にレ印を付けてください。
イ 持病があり、定期的に通院して、状態を診てもらったり、薬をもらったりしている場合 (腰痛、糖尿病、高血圧症、高脂血症、甲状腺疾患、通風、骨粗鬆症等) →「慢性疾患等で定期的に通院中」欄に、病名を記入してください。
ウ ケガ又は病気により、当面継続的に治療を要する場合 (イにあてはまる場合を除きます。) →「入院していないが継続的な治療を要する」欄に、病名を記入してください。
エ 現在入院している場合又は近いうちに入院を予定している場合 →「要入院加療」欄に、入院期間の予定及び病名を記入してください。

(エ) 身体状況、要介護度

介護者の方が、障害を有している場合や要介護認定を受けている場合は、障害等級や障害の種類、要介護度等を記入してください。該当しない場合は、「無」にレ印を付けてください。

(オ) 他に対応を要する家族の有無

介護者の方が、乳幼児の育児をしている場合、病気の方の看病をされている場合、高齢者(今回入所を申し込まれる方を除く)や障害者の方を介護されている場合にご記入ください。該当がない場合は、記入を要しません。

「介護協力者の有無」

「協力者」とは、介護者の方の助けとなる方です。介護者の方の手が空かないときなどに、介護者の方に代わって日常の世話や連絡をしていただける方、あるいは、面会に来たり、様子を見に来たりしていただける方です。

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入居申込書
(特別養護老人ホーム)

施設名 特別養護老人ホーム
名春の森

施設長 様

入所を希望するので、下記のとおり申し込みます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付者				

入所希望者	ふりがな		性	男	生年月日					
	氏名		別	女	明・大・昭	年	月	日	(歳)	
	住所	〒								
					(TEL)					
					(FAX)					
被保険者番号					要介護度	1	2	3	4	5
保険者番号					保険者名					
初回要介護認定年月日	平成	年	月	日	認定の有効期間	平成	年	月	日	～
認定審査会の意見等										

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒								
		(TEL)					(FAX)			
申込者	ふりがな				入所希望者との続柄					
	氏名									
連絡先	住所	〒								
		(TEL)					(FAX)			
連絡先	ふりがな				入所希望者との続柄					
	氏名									

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名 () ()	() ()
	申し込み予定施設名 () ()	() ()
	() ()	() ()

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。
	また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。
	平成 年 月 日 氏名 ()

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印のうえその状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入所を希望する理由 (該当するものをいくつかも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 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"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療に関する状況	(特別な医療的対応)				
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	(現在治療中の病気等)				
(その他健康状態に関する特記事項)					
認知症等による行動障害 (行動障害の起きる頻度にもレ印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 該当なし <hr/> <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 () <hr/> <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度				
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない	

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間 (_____ 分)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____) ・要入院加療 (_____ か月程度・病名 _____)						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (_____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無						
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (_____ 級・種類: _____)						
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2 直近のサービス利用表及び別表 (写) ……現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">配偶者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">本人</div>	子	孫
	兄弟姉妹	甥姪