

入所区分	一般 ・ 特例			
入所申込日	令和	年	月	日
入所申込受付日	令和	年	月	日

地域密着型特別養護老人ホーム 新和苑 あがんなっせ 入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム 新和苑 あがんなっせ
施設長 船元 隆之 様

入所申込者 〒 ー

住所: _____

氏名: _____ 印

電話番号:

入所希望者との続柄 ()

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

入 所 希 望 者 の 状 況																																								
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	満()歳																																			
氏 名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日																																		
現住所	〒 ー																																							
居住状況	☐ 天草市内に6ヵ月以上居住している ☐ 天草市内に居住して6ヵ月未満である																																							
現在の生活場所	☐ 在宅 ☐ 施設又は病院等 【施設又は病院等】 <table><tr><td>名称</td><td colspan="9"></td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="9"></td></tr><tr><td>入所(院)開始年月日</td><td colspan="9">年 月 日から</td></tr></table>										名称										所在地										入所(院)開始年月日	年 月 日から								
名称																																								
所在地																																								
入所(院)開始年月日	年 月 日から																																							
保険者名			被保険者番号																																					
要介護度	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5																																						
	要介護認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																																						
入所希望理由 (複数選択可)	☐ 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため ☐ 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため ☐ 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため ☐ 介護をする者がいないため ☐ 現在入所(院)している病院・施設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 ☐ その他()																																							

入 所 希 望 者 の 状 況	
入所希望 時期	☐ 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい ☐ 令和 年 月頃までに入所したい
その他入 所に関して 特に希望 する事項 (サービス 内容等)	

特 例 入 所 を 希 望 す る 事 由 (要介護1または2の方)
● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。（該当する項目に印をつけてください） ☐ 認知症であり、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。 ☐ 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等が頻繁に見られる。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ その他 ● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。

同 意 書
今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。 令和 年 月 日 入所申込者 氏名： _____ (印) 入所希望者 氏名： _____ (印)

※ 被保険者証(写)を添付してください。

地域密着型特別養護老人ホーム 新和苑 あがんなっせ 入所申込書別紙（調査票）
（在 宅 生 活 者 用）

入所希望者氏名			記入者氏名	印	
記入者所属・職名 （※）	所属		連絡先 電話番号	入所希望者	
	職名			記入者	

※ 居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター又は地域包括支援センターが記入した場合に記載する。

調査項目	内 容					
入所区分	☐ 一 般 ☐ 特 例					
要介護度	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5				
	要介護認定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				
介助の状況	食事	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助			
		食事の内容	（主食） ☐ 普通 ☐ 粥 ☐ ミキサー ☐ その他（ ）			
			（副食） ☐ 普通 ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ その他（ ）			
	排せつ	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助			
		排せつの方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ その他（ ）			
	入浴	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助			
		入浴の方法	☐ 普通 ☐ 座浴 ☐ 特浴 ☐ その他（ ）			
	更衣	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助			
	体位変換	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助			
	移動	介助の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助			
		器具の使用	☐ なし ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ その他（ ）			
	【その他介助の状況に関する特記事項】					
	身体の状況	視力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 悪い ☐ 視力がない			
		聴力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 悪い ☐ 聴力がない			
発語		☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 悪い ☐ 発語ができない				
障害手帳等の有無		☐ 無 ☐ 有 【障害手帳等】				
		手帳等の種類				
		障害名				
		障害の程度（級・度）				
【その他身体の状況に関する特記事項】						

調査項目	内 容																		
医療の状況	☐ 疾病又は処置(※)があり、常時の看護又は見守りが必要。 ※ 経管栄養、在宅酸素、胃ろう等 ☐ 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。 ☐ 特に疾病又は処置はない。 【疾病又は処置がある場合のその状況】 <table border="1"> <thead> <tr> <th>主な疾病名又は処置名</th><th>治療の状況</th><th>医療機関名</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td> ☐通院 ☐往診 ☐訪問看護 ☐その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> ☐通院 ☐往診 ☐訪問看護 ☐その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> ☐通院 ☐往診 ☐訪問看護 ☐その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> ☐通院 ☐往診 ☐訪問看護 ☐その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> ☐通院 ☐往診 ☐訪問看護 ☐その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度 </td><td></td></tr> </tbody> </table> 【その他疾病又は処置に関する特記事項】	主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関名		☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度			☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度	
主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関名																	
	☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	☐ 通院 ☐ 往診 ☐ 訪問看護 ☐ その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
認知症の度合	☐ IV以上 ☐ III ☐ II ☐ I ☐ なし ※ 認知症の度合いは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。 【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】																		

調査項目	内容																																											
生活環境	単身・同居の別 ☐ 一人暮らし。 ☐ 家族と同居。(子の家等に同居する場合も含む。) 【家族がいる場合の家族構成】																																											
	住居の状況 ☐ 介護に適していない箇所が多い。 ☐ ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 ☐ ほぼ介護に適した状態で整備されている。																																											
介護者の状況	☐ 介護者(※)がいない。 ☐ 介護者がいる。 ※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)】 ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 <table border="1"> <tr> <td>氏名</td><td></td><td>入所希望者との続柄</td><td></td><td>年齢</td><td>満()歳</td></tr> <tr> <td>同居の有無</td><td colspan="5"> ☐ 同居 ☐ 別居(☐ 近隣地在住 ☐ 遠隔地在住) </td></tr> <tr> <td>就労等の状況</td><td colspan="5">週 回、1日当たり 時間、 に従事</td></tr> <tr> <td>疾病・障害等の状況</td><td colspan="5"> ☐ 有 (内容:) ☐ 無 </td></tr> <tr> <td>対応状況</td><td colspan="5"> ☐ 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 ☐ 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 ☐ 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td></tr> <tr> <td>介護の負担</td><td colspan="5"> ☐ 負担が大きい。 ☐ 負担がやや大きい。 ☐ 負担が少ない。 </td></tr> <tr> <td>介護者に関する特記事項</td><td colspan="5"></td></tr> </table>		氏名		入所希望者との続柄		年齢	満()歳	同居の有無	☐ 同居 ☐ 別居(☐ 近隣地在住 ☐ 遠隔地在住)					就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事					疾病・障害等の状況	☐ 有 (内容:) ☐ 無					対応状況	☐ 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 ☐ 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 ☐ 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。					介護の負担	☐ 負担が大きい。 ☐ 負担がやや大きい。 ☐ 負担が少ない。					介護者に関する特記事項					
氏名		入所希望者との続柄		年齢	満()歳																																							
同居の有無	☐ 同居 ☐ 別居(☐ 近隣地在住 ☐ 遠隔地在住)																																											
就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事																																											
疾病・障害等の状況	☐ 有 (内容:) ☐ 無																																											
対応状況	☐ 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 ☐ 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 ☐ 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																																											
介護の負担	☐ 負担が大きい。 ☐ 負担がやや大きい。 ☐ 負担が少ない。																																											
介護者に関する特記事項																																												

調査項目	内容																	
介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	☐ 利用している。 ☐ 利用していない。																	
	【利用している場合の状況】																	
	<table border="1"> <tr> <th>介護保険の居宅サービス(※)の利用状況</th><th>サービス種類</th><th>利用頻度</th></tr> <tr> <td rowspan="5"></td><td></td><td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td></tr> <tr> <td></td><td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td></tr> <tr> <td></td><td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td></tr> <tr> <td></td><td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td></tr> <tr> <td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="3">全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用</td></tr> </table>	介護保険の居宅サービス(※)の利用状況	サービス種類	利用頻度			週・月()回 1回当たり()時間・日程度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度			全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用		
	介護保険の居宅サービス(※)の利用状況	サービス種類	利用頻度															
			週・月()回 1回当たり()時間・日程度															
			週・月()回 1回当たり()時間・日程度															
			週・月()回 1回当たり()時間・日程度															
			週・月()回 1回当たり()時間・日程度															
	全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用																	
<table border="1"> <tr> <th>介護保険以外の福祉サービス等の利用状況</th><th>サービス種類</th><th>利用頻度</th></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> </table>	介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	サービス種類	利用頻度															
介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	サービス種類	利用頻度																
対応状況	☐ 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 ☐ 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 ☐ 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																	
※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。																		

調査項目	内 容
その他入所 申込みに関し て特に留意す べき事項	(前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載してください。)
健康保険	☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 被用者保険 ☐ その他()
各種手帳	☐ 被爆者手帳 ☐ 水俣病 ☐ ペースメーカー ☐ その他()
生活扶助等	☐ 生活扶助 ☐ 介護扶助 ☐ 医療扶助 ☐ その他()
権利擁護等	☐ 地域福祉権利擁護事業 ☐ 成年後見制度(補助・保佐・後見)
介護負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割 割
負担限度額	☐ 無 ☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階1 ☐ 第3段階2
	※短期入所サービス長期利用の有無(有 ・ 無)

※「短期入所サービス長期利用」とは、短期入所サービスを利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超え、市へ理由書の提出を行い短期入所サービスを利用していること