

**特別養護老人ホームアルテイル宮町
入所申込書兼状況調査票**

施設名 アルテイル宮町 施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

令和 年 月 日

申請者 (身元保証人)	氏名(ふりがな)				続柄()	
	住所	〒				
	電話	()	明・大・昭・平	年 月 日	生 歳	
本人の 状況	介護保険 被保険者番号	(※健康保険被保険者番号ではありません。お間違いのないようにお願いします。)				
	氏名(ふりがな)				男 ・ 女	
	住所	〒				
	電話	()	明・大・昭	年 月 日	生 歳	
	要介護度	1・2・3・4・5	他の特養申請状況	件		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて1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 type="checkbox"/> 施設に入所中 <input type="checkbox"/> 病院に入院中 () 担当相談員氏名() 連絡先() 入所又は入院時期(年 月～) 退所予定又は退院予定時期(年 月頃) 「入院」の場合は、入院となった理由をご記入下さい。				
		在宅サービスを利用されている方は <input checked="" type="checkbox"/> し頻度を記載下さい。				
		<input type="checkbox"/> デイサービス(週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(月 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> その他()				
	日常生活 の状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (車椅子・歩行器・杖)を使用	
		食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養
排泄		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (紙オムツ・リハビリパンツ)を使用		
入浴		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
視力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡使用 あり・なし)		
聴力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器使用 あり・なし)		
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 type="checkbox"/> できない	

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

同居・別居にかかわらず、介護を行なっている方についてお書き下さい。	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者に◎)	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
介護を行っている方の状況	①介護を行っている方は、障害やご病気をおもちですか？病名等をお答えください。(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書き下さい。)		障害・病気が(ある・ない) 病名:		※要支援(1・2) 要介護
	身体障害者手帳のお持ちの方は、何級をお持ちですか？(1級・2級・3級・4級・5級・6級)		障害名をお書き下さい。		
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお答え下さい。		A(重度)・B(中度・軽度)		
	上記以外の場合にお書き下さい。				
	②複数人の介護・育児をしている・いない		どなたを介護していますか？		
ケアマネージャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名		担当者名	電話番号	
当施設をどこで知りましたか	ケアマネージャー	知人	ホームページ		
	その他 ()				
本人や身内の方で青葉福祉会のサービスを利用した事がありますか	<input type="checkbox"/> ある 事業所名: <input type="checkbox"/> なし				
【申し込み理由】 特に知らせておきたい事(居住環境の事情により在宅生活が困難。病院や施設から退院・退所を迫られている。経済的な理由から多床室を希望している。等)や当施設のケアを強く希望されている理由等がございましたら併せてご記入ください。					

* 要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件に☑の上、理由も記入して下さい。

特 例 入 所 の 該 当 要 件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため。
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため。
	<input type="checkbox"/> 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のため。
	<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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため。
	(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)

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名(本人)

印

代筆者

印

* 申し込みをされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度・心身の状況等)及び介護を行なっている方の状況等に変化が合った場合は、アルテイル宮町まで速やかにご連絡下さいますようお願い致します。