

(裏面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:() 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:() 〕 介護が困難な状況:
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢:(歳) 〕 介護が困難な状況:
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 介護が困難な状況: 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況: 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無) 〕
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	8. 上記以外の状態で介護が困難 〔 介護が困難な状況: 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ） (施設名)
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院 (施設名)

4 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

--

担当ケアマネジャー	氏名	事業所名
主治医	氏名	病医院名

* 入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。

この度は西貝の郷への入所申込みをご検討頂きありがとうございます。御本人様の身体状況把握のためお手数ではございますが分かる範囲内でご記入いただき、申込書と一緒に提出をお願いいたします。

◆これまでの病歴をご記入下さい。

発症年月日	病名	受診・入院先
年 月頃		病院

◆現在内服している薬がありますか？該当の箇所に○をご記入ください。

・ あり ()

内服している薬の種類【 () 】

・ なし ()

◆現在の主治医（お薬を主に処方している先生）

_____病院 _____先生 通院頻度 _____週間に_____回

◆毎日必要な処置がありますか？

インスリン注射	有 無	朝 () 単位 昼 () 単位 夕 () 単位
ストーマ	有 無	
尿道カテーテル	有 無	
栄養チューブ	有 無	
胃ろうチューブ	有 無	
皮膚処置	有 無	褥創 その他 ()
吸引	有 無	日中 () 回位 夜間 () 回位
その他必要な処置		

◆現在の身体状況について該当箇所に○をご記入ください。

食事	自立 部分介助 全介助
排泄	自立 部分介助 全介助
入浴	家庭用浴槽 車椅子用浴槽 清拭のみ
移動	歩行 杖 歩行器 シルバーカー 車椅子 (ベルト 有 無)
移乗	自立 部分介助 全介助
麻痺	有 無 部位 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)
コミュニケーション	通じる 時々通じる 通じない

◆認知症状について該当箇所に○をご記入ください。

物忘れ 徘徊 火の消し忘れ 介護抵抗 衣類や物を隠す 幻覚 幻聴 作話
被害妄想 夜間の不眠 同じ話を繰り返す 食べられない物を食べる 不潔行為

◆介護する上で困っていることがあればご記入ください。

--

◆現在のサービス利用状況についてご記入ください。

- ・ 施設や病院に入所・入院中 ()
- ・ 自宅で生活をしている ()

※ご自宅で介護保険サービスを受けている方は下記の該当箇所に○を記入ください。

通所介護・通所リハビリ ()	曜日	訪問入浴	訪問介護
ショートステイ (月	日程度)	訪問看護	

ケアマネージャー 事業所名 _____ 氏名 _____

◆主治医や医療機関、居宅介護支援事業所との連絡について

優先入所検討委員会により入所の可否の検討を行うため、予め御本人様の健康状態や治療経過、日常生活の様子について専門的な見地より主治医や居宅介護支援事業所より情報提供を求めることがあります。

上記内容を確認し、主治医や医療機関、居宅介護支援事業所等から御本人様の身体状況や治療経過に関する情報提供を受けることについて同意いたします。

平成 年 月 日

申込者 氏 名 _____ 印

御家族 氏 名 _____ 印

◆入所申込みの状況、利用料金の説明等のご相談につきましては下記までお問い合わせください。

特別養護老人ホーム西貝の郷
磐田市西貝塚 2111-1
TEL 0538-21-3933
FAX 0538-21-3935
(8:30~17:30)

要介護1又は2の方が入所するためには、下記①から⑤のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。

- ① 認知症である者であって、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る。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 居宅サービス等の利用に関する状況などから、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある。

※やむを得ない事由について具体的な状況を入所申込書裏面の「4 その他事項」欄に記載してください。