

社会福祉法人 麻葉会 特別養護老人ホーム ルーエ 優先入居申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

社会福祉法人 麻葉会
特別養護老人ホーム ルーエ
施設長 あて

申込者

ふりがな 氏名		入居希望者 との続柄	
住所			
電話番号			

特別養護老人ホームルーエへ入居を希望しますので、次の通り申し込みます。

入居希望者の状況

ふりがな 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	介護保険者 被保険者番号	
生年月日	年	月	日 [歳]	要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
住所				介護認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
現在 利用している 在宅サービス	訪問診療	月	回程度	通所介護	週 回程度
	訪問看護	週	回程度	通所リハビリ	週 回程度
	訪問介護	週	回程度	短期入所生活介護	月 日程度
	訪問入浴	週	回程度	短期入所療養介護	月 日程度
	訪問リハビリ	週	回程度	福祉用具貸与・ 購入費の支給	
	その他				
医療処置の 状況	【現在治療中の病気等】				
医療行為	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 [1日 回 / 血糖値測定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 [<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう] <input type="checkbox"/> IVH(中心静脈栄養) <input type="checkbox"/> 尿バルーン・カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ [<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱] <input type="checkbox"/> 人工透析 [週 回] <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他 []				
医療機関・主治医	医療機関名 [] 主治医 []				
認知症による 不適応行動の 有無	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> 徘徊や一人で外に出ていく事がある <input type="checkbox"/> 自分の身体を傷つけたり、物を壊したりがある <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 物を盗られたと被害的な事がある <input type="checkbox"/> 繰り返して同じ事を話されたりする <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転があり、夜に行動がみられる <input type="checkbox"/> 失禁がみられる <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 興奮したり大声を出したり乱暴なふるまいがある <input type="checkbox"/> 異食行為がある <input type="checkbox"/> 家に帰ると言ったり、落ち着かない事がある <input type="checkbox"/> 便いじりがある				
優先入居を 希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため(本人は単身生活者で介護する親族がいない) <input type="checkbox"/> 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ▶疾病、持病があり [<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能] <input type="checkbox"/> 介護者がいるが高齢のため十分な介護が困難なため ▶介護者は [<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 60歳未満] <input type="checkbox"/> 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ▶介護者は [<input type="checkbox"/> 常勤就労 <input type="checkbox"/> パート就労 <input type="checkbox"/> 就労なし] <input type="checkbox"/> 介護者がいるが育児または家族が病気の状況にあり、十分な介護が困難なため ▶介護者は育児または看病を [<input type="checkbox"/> 常時している <input type="checkbox"/> 半日している <input type="checkbox"/> ときどきしている] <input type="checkbox"/> 介護保険施設(特養)に入居しているが変更したい <input type="checkbox"/> 利用中の施設(病院等)より退居・退院を相談されているため <input type="checkbox"/> その他 []				
本人の経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 [月額 円] <input type="checkbox"/> 厚生年金 [月額 円] <input type="checkbox"/> 遺族・障害年金 [月額 円] <input type="checkbox"/> その他(生活保護)				

介護者の状況

主たる 介護者	ふりがな 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	生年月日	年 月 日 [歳]	同居の 区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 [住所:]		
	就労状況	<input type="checkbox"/> 1日8時間以上 <input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 高齢のため就労していない <input type="checkbox"/> 就労していない				
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 [<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護多少可能 <input type="checkbox"/> 介護可能]				
従たる 介護者	ふりがな 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	生年月日	年 月 日 [歳]	同居の 区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 [住所:]		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 [<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護多少可能 <input type="checkbox"/> 介護可能]				
介護期間	年 月 日 頃から 年 月 日 頃まで					

その他

入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> [年 月 頃までには]					
申し込みの状況	<input type="checkbox"/> ルーエのみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる [施設名: 所在地: 待機期間:]					
居宅介護支援事業所	事業所名 [] 電話番号 [] 担当介護支援専門員 []					

説明確認

私は優先入居申込みの際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。						
年 月 日 氏名 []						

施設確認欄

特例入所の要件に該当することの判定に際しては、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を勘案する。						
<input type="checkbox"/> 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 <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等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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 <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な状況である						
添付資料						
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(写し) <input type="checkbox"/> 認定調査票(写し) <input type="checkbox"/> 最近3カ月分のサービス利用票(写し) <input type="checkbox"/> 既往歴のわかるもの(主治医意見書の項目を書き出したもの等。認知症・障害自立度がわかればなお可。) <input type="checkbox"/> 心身状況確認表						

※入居の必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入居取り下げ書」をご提出ください。

※申込み内容に変更が生じた場合、その他ご不明点がございましたら、当施設までご連絡ください。 ☎048-531-3010