

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

住所	〒 _____		
氏名	_____	続柄	_____
電話	(_____) _____		

特別養護老人ホーム等に入所したいので次のとおり申し込みます。

希望される施設に○をつけて下さい。↓

申込先 (入所希望施設)		特別養護老人ホーム (松濤 ・ 俱有)		保険者			
(フリガナ)				性別			
氏名				被保険者番号			
生年月日		年 月 日 () 歳		要介護 認定期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
現住所		〒 _____		要介護 認定期間			
現況		<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている」方は以下を記入してください ・施設名または病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) ・入所または入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している					
介護者等の 状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居					
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input type="checkbox"/> イ. 介護者は1人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない					
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)					
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)					
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護にあたる時間あり <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)					
要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護しているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等最低限の関わりのみ(介護者はいない)						
入所希望者の 状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中で退所の働きかけなし <入所中で退所の働きかけあり=入所可能期間 (<input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6～12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> オ. 自宅等					
	在宅サービス 利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上					
	在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. かなりサービスを抑制している					
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階					
	住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない					
	住所地	<input type="checkbox"/> ア. ウ・オ以外の住所地 <input type="checkbox"/> ウ. 北斗市または七飯町 <input type="checkbox"/> オ. 函館市					
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> / / 頃までに入居したい						
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 【現在治療中の病気・特記事項等】						
生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他						
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、または今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 (_____) (_____) ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 (_____) (_____)						
主たる 介護者	フリガナ			性別	男・女	本人との 関係	
	氏名			生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している 住所: _____		【介護をしている上で困っていること等】			
意見							
紹介居宅介護支援事業 所等	事業所名: _____ 担当: _____ 電話: _____ FAX: _____						

※ 直近の認定調査票と比べて状態に変化がある場合等にご記入ください。

入所希望者の状況	問題行動	①常時の徘徊	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		②外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		③被害的	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		④作話	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑤感情が不安定	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑥昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑦同じ話をする	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑧大声を出す	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑨介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑩落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑪一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑫収集癖	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑬物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑭ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑮独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑯自分勝手な行動	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある
		⑰話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ア. ない	<input type="checkbox"/> イ. ときどきある	<input type="checkbox"/> ウ. ある

貴施設が入所優先度の判定および入所のために必要があるときは、入所申込者およびその家族に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護事業所および医療機関から収集すること、また、今後の函館市の施策の参考とするため、函館市に報告提供することに同意します。

申込者氏名 _____ 印 _____ 家族氏名 _____ 印 _____
 代筆者 _____ (関係 _____)

↓ 以下は特例入所申込者(要介護1または2の入所希望者)のみ記入してください。

■ 特例入所申込みの要件(あてはまるものすべてにチェック)

- ア 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- ウ 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こと。
- エ 単身世帯である、同居家族が高齢また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こと。

■ 上記状態に関する詳しい内容

■ 施設記入欄

函館市の意見

特例入所対象者に 該当 ・ 非該当