

地域密着型介護老人福祉施設・ニナルカの里 入所申込書(1) ※4 ページありますので確認して下さい。

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先に送らせていただきます

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に入居したいので次の通り申し込みます。

入所希望者の状況	申し込み先(入所希望施設)	緑風園サテライト型特別養護老人ホーム ニナルカの里		保険者	登別市	
	(フリガナ)		性別	被保険者番号		
	氏名		男・女	要介護度	要介護 1・2・3・4・5	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		要介護認定期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	
	現住所	〒 —				
	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"/> 特養等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」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: H・R 年 月 日から入所・入院している				
	介護者等状況	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あり <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <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歳～74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(もしくは、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(もしくは、介護者がいない)			
		介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に時間あり <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(もしくは、介護者がいない)			
		要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好・問題ない <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 十分な介護が出来ず最低限の関わりのみ(もしくは、介護者がいない)			
	生活・経済状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中・入院中で退所・退院の働きかけがない <退所・退院の働きかけがある＝入所・入院可能期間> <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6～12ヶ月 <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・病院に入所・入院中 <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・病院に入所・入院中 <input type="checkbox"/> イ. 十分にサービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを制限している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを制限している			
介護保険料の段階		<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・病院に入所・入院中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活の出来る住宅 <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				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに入所したい					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設(ニナルカの里)のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇すで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	本人との関係		
	氏名		男・女	生年月日	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: _____)				
	意見	【介護をしている上で困っていること】【要介護1・2の方は在宅生活が困難なやむを得ない事由等】				
紹介事業所 (または支援センター名)	電話番号 担当					

地域密着型介護老人福祉施設・ニナルカの里 入所申込書（2）

（入所の判定に影響がありますので、現在の状態について正確に記入してください。）

- ・行動について、あてはまる番号に一つだけ□内にチェックをつけてください。
- ・少しでもある、たまにあると思うときは、□ときどきあるにチェックしてください。
- ・頻繁にある、一日のうちの半分近く以上あると思うときは、□あるにチェックをしてください

入所希望者 氏名	
----------	--

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	□ない	□ときどきある	□ある
イ. 作話をし周囲に言いふらすことが	□ない	□ときどきある	□ある
ウ. 実際にないものが見えたり、聞こえたりすることが	□ない	□ときどきある	□ある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	□ない	□ときどきある	□ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	□ない	□ときどきある	□ある
カ. 暴言や暴行が	□ない	□ときどきある	□ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	□ない	□ときどきある	□ある
ク. 大声をだすことが	□ない	□ときどきある	□ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	□ない	□ときどきある	□ある
コ. 目的もなく動き回ることが	□ない	□ときどきある	□ある
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着かないことが	□ない	□ときどきある	□ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	□ない	□ときどきある	□ある
ス. 1人で外に出たがり目が離せないことが	□ない	□ときどきある	□ある
セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	□ない	□ときどきある	□ある
ソ. 火の始末や火元の管理ができないことが (入院中などで火の始末や火元の管理が必要ない場合は <input type="checkbox"/> ない としてください)	□ない	□ときどきある	□ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	□ない	□ときどきある	□ある
チ. 不潔な行為を行うことが	□ない	□ときどきある	□ある
ツ. 食べられないものを口に入れることが	□ない	□ときどきある	□ある
テ. ひどい物忘れ（認知症の場合は <input type="checkbox"/> ない として下さい）	□ない	□ときどきある	□ある

※特定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がある事に関し、以下の事情を考慮することとされました。

①認知症である者であって、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ること

②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みられること

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こと

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こと

※要介護1及び2の方が、①～④に該当する場合のみ、特別養護老人ホームへの入所が可能になりますので、要介護1及び2の方に関しては、1枚目の入所申込書（1）の主たる介護者の意見【介護をしている上で困っていること】の欄に、その状況を記入してお申し込みください。

地域密着型介護老人福祉施設・ニナルカの里 入所申込書（3）

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員か病院・施設のソーシャルワーカー・介護支援専門員が記載願います。

入所希望者 氏名	
記入者 所属氏名	事業所・病院・施設名： 担当者（記入者）氏名：

入所希望者の認知症高齢者日常生活自立度		ランク	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子（自操 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可） <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リクライニング式車椅子	〔介助状況〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	食事	〔主食〕 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 〔摂取量〕 <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 少量	〔介助状況〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
		〔副食〕 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー 〔摂取量〕 <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 少量							
		〔水分〕 とろみ（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）							
		〔入れ歯〕（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）							
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ 〔夜間の排泄回数〕（_____回程度）	〔介助状況〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴	〔介助状況〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
着脱衣	〔上衣〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔下衣〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔衣服の準備、選択〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
整容	〔洗面〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔歯磨き〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
特記事項									
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない ◎眼鏡等使用（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）	身長	c m		体重	k g		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない◎補聴器使用（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）	問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転					
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		<input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末					
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 分かりにくい <input type="checkbox"/> 分からない		<input type="checkbox"/> その他 ()					
	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的							
	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定（ <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> その他（_____））							
	起居動作	〔寝返り〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔協力動作〕 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 〔自発性〕 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 〔起き上がり〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔協力動作〕 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 〔自発性〕 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 〔立ち上がり〕 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔協力動作〕 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 〔自発性〕 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
特記事項									

地域密着型介護老人福祉施設・ニナルカの里 入所申込書（４）

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員か病院・施設のソーシャルワーカー・介護支援専門員が記載願います。

入所希望者 氏名	
記入者 所属氏名	事業所・病院・施設名： 担当者（記入者）氏名：

医療・健康状況	現疾患	
	既往歴	
	通院状況	(記入例：〇〇病院△△科 ××ヶ月・週間に1回)
	薬情報	(別紙可)
	特別な処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他・特記事項 ()
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 両上肢 / <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 両下肢) <input type="checkbox"/> なし
	拘縮	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	褥瘡	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 困難
	便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (服薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名：)
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (服薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名：) 就寝時間： 時頃 起床時間： 時頃
	特記事項	

家族の状況	氏名	続柄	年齢	同居・別居 (別居の場合は居住地 (都道府県市町村))	有職・無職
※主たる介護者・キーパソンの方は先頭の欄に○をつけてください。			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (居住地：)	<input type="checkbox"/> 有職 <input type="checkbox"/> 無職
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (居住地：)	<input type="checkbox"/> 有職 <input type="checkbox"/> 無職
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (居住地：)	<input type="checkbox"/> 有職 <input type="checkbox"/> 無職
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (居住地：)	<input type="checkbox"/> 有職 <input type="checkbox"/> 無職
入所希望者の生活歴	出生地： 学 歴： 職 歴： 結婚歴： 性 格： 趣味・日課：				

【特記すべき意見・状況等】 (自由記載欄)