

記載頂く書類は、以下の通りです。

- ・ 様式 1 - ①
- ・ 様式 1 - ②
- ・ 様式 2

【記入上の留意点】

- ・ 様式 1 - ①と 1 - ②は、ご家族でご記入下さい。
- ・ 様式 2 は、ケアマネージャー・入所施設の生活相談員・入院先のソーシャルワーカーのいずれかの方に、ご記入をご依頼下さい。
- ・ 健康診断書は、必要時（入所の優先度が高いと判定しましたら）に、当苑より作成依頼の電話を致します。

【お申込に必要な書類】

- 様式 1 - ①
- 様式 1 - ②
- 様式 2
- 介護保険証のコピー

以上4点を郵送もしくは持参してください。

よろしくお願ひ致します。

276-0022

八千代市上高野2058-5

特別養護老人ホーム グリーンヒル

生活相談員 宛

様式1-①

特別養護老人ホーム グリーンヒル 【入所申込書①】

申込日	
受付日	

※代理人連絡先:電話や郵便等は、下記連絡先に行います。

〒	-
住所	
フリガナ	
氏名	
自宅	
携帯	

【申込書記入上のご注意】

- ① 入所申込ができるのは、原則として要介護3以上の方です。
- ② 要介護1・2の方は、様式1-②の該当箇所もご回答ください。
- ③ ケアマネージャーと必ず相談の上、お申し込みください。
- ④ 申込後、本人及び介護者の状況に変化があった場合(例、要介護度や認知症の症状の程度が変わった等)、施設への連絡をお願い致します。
- ⑤ 本申込書に記載された内容は、特養入所待機者管理及び入所判定以外の目的には使用いたしません。

※特別養護老人ホーム グリーンヒルへの入所を希望するので、次のとおり申し込みを致します。

申込先		グリーンヒル		保険者			
入所希望者	フリガナ			被保険者番号			
	入所希望者氏名		男 女	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	歳	認定期間	平・令 年 月 日 から 平・令 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"/> 高齢者(70歳以上)のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている		<input type="checkbox"/> 介護保険施設等や病院に入っている 名称 所在地		入所または入院時期: 平・令 年 月 から	
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・遺族・障害) 年額		負担限度額 認定段階	2 3 4	負担割合	1割 2割
	医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔・他) <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 他:		【現在治療中の病気・特記事項など】			
介護者	氏名		続柄	年齢	住所・電話番号		
	主たる介護者						
	介護協力者						
申込状況		<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる・他の施設も申込予定 既申込施設: 申込予定施設:					
入所希望時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい					

入所を希望する理由

1. 入所申込ができるのは、原則として要介護3以上の方です。
(要介護1・2の方については、「入所を必要とするやむを得ない理由」(特例入所の要件)が必要となることから、次の2欄も回答してください)

- 介護する者がいないため。
- 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。
- 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。
- 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。
- 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。
- 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。
- その他()

2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください(特例入所の要件)。

- 認知症であることにより、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みられ、在宅生活が困難な状態である。
- 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みられ、在宅生活が困難な状態である。
- 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。頻繁にみられる。
- 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である。

主たる介護者・家族等の状況	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯(70歳以上) <input type="checkbox"/> その他:		
	介護者の年齢・続柄	年齢		続柄
	介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし		
	介護者の障害や疾病	無 ・ 有()		
	介護者の就労	無 ・ 有(職種等: 日/週 時間/日) <input type="checkbox"/> 就労不能		
	他の要介護者	無 ・ 有(要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	介護者の育児・家族の病気	無 ・ 有()		
	介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> ふつう		
	他の同居介護補助者	無 ・ 有(続柄:) (日/週程度)		
	別居血縁者介護協力	無 ・ 有(続柄:) (日/週程度)		
近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり(週1~3日程度) <input type="checkbox"/> 常時あり(週4日以上)			

【介護をしているうえで困っていること(経済状況・家庭状況を含む)や入所を希望する理由など】

※本入所申込書および状況申立書の内容を、八千代市へ提供することに同意いたします。

※本入所申込書および状況申立書に関し、担当ケアマネージャーや関係病院・施設等に確認することに同意致します。

入所希望者氏名 _____ ㊞

代理人氏名 _____ ㊞

特別養護老人ホーム グリーンヒル 【状況申立書】

1. 本人の状況

要介護度	5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1
日常生活自立度(認知症度) (主治医意見書より)	M ・ IV ・ IIIb ・ IIIa ・ IIb ・ IIa ・ I ・ 自立
認知症による不適応行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 診断名 _____ 診断時期 _____ 年 月
	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
	<input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護抵抗
	<input type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 外に出て戻れない <input type="checkbox"/> 収集癖
	<input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物や衣服を壊す <input type="checkbox"/> 不潔行為
	<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的迷惑行為 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ
居宅介護サービスの利用状況 直近3ヶ月のサービス利用票の添付 をお願いいたします	具体的症状: <input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回以上) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリ(週 回以上) <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリ(週 回以上) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護(3ヶ月利用日数計: _____ 日) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具(_____)
施設や病院に入所・入院	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
介護保険施設等種別	<input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 他(_____)
医療機関	<input type="checkbox"/> 病院(_____) 入院診断名(_____)
入所・入院期間	平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 本人の状況

食事	<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可	動作等	移動 <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス(自操・介助)
	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 他:		立位 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 掴まり立ち可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可能
	副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 他:		座位 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可能
排泄	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常時むせる <input type="checkbox"/> トロミ付き	身体状況	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 掴まれば可 <input type="checkbox"/> 要介助
	<input type="checkbox"/> 自立・要誘導 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助		視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(右・左) <input type="checkbox"/> 眼鏡
	尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 見えなし(右・左)
	便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> なし		聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器(右・左)
	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ		<input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左)
入浴	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 他:	言語 <input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 失語	意思 <input type="checkbox"/> 疎通可 <input type="checkbox"/> ある程度可 <input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(右・左・上肢・下肢・他: _____)	眠 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用
	<input type="checkbox"/> 家庭浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 個別浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 特浴		
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう以外) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰の吸引(頻回・時々) <input type="checkbox"/> 尿カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> ストーマ		
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 他:		
精神疾患	<input type="checkbox"/> 有 診断名: _____ 医療機関(医師): _____ 症状: _____		
<input type="checkbox"/> 無			
既往歴		現病歴	
内服薬			

3. 調査者(ケアマネジャー・医療相談員・生活相談員など)の意見

所属名称:

記載者名(職種):