

入所希望者の状況	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい
希望施設	<input type="checkbox"/> 従来型特養 <input type="checkbox"/> ユニット <input type="checkbox"/> どちらでもよい
その他入所に関して特に希望する事項(サービス内容等)	

特例入所を希望する事由
<p>● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症であり、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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><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である。</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p>

同意書	
<p>今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告すること、特別養護老人ホーム千寿園スタッフが面接調査に訪問することに同意します。</p>	
<p>令和 年 月 日</p>	
入所申込者 氏名:	印
入所希望者 氏名:	印

※ 被保険者証(写)を添付してください。

調査項目	内 容												
医療の状況	<p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置(※)があり、常時の看護又は見守りが必要。 ※ 経管栄養、在宅酸素、胃ろう等</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。</p> <p><input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。</p> <p>【疾病又は処置がある場合のその状況】</p> <table border="1" data-bbox="347 542 1362 990"> <thead> <tr> <th data-bbox="347 542 555 600">主な疾病名又は処置名</th> <th data-bbox="555 542 1362 600">治療の状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="347 600 555 676"></td> <td data-bbox="555 600 1362 676"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="347 676 555 752"></td> <td data-bbox="555 676 1362 752"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="347 752 555 828"></td> <td data-bbox="555 752 1362 828"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="347 828 555 904"></td> <td data-bbox="555 828 1362 904"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> <tr> <td data-bbox="347 904 555 981"></td> <td data-bbox="555 904 1362 981"> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>配置医師の診察 <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> </tbody> </table> <p>【その他疾病又は処置に関する特記事項】</p>	主な疾病名又は処置名	治療の状況		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()
主な疾病名又は処置名	治療の状況												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他()												
認知症の度合	<p><input type="checkbox"/> IV以上 <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※ 認知症の度合は、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。</p> <p>【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】</p> <div data-bbox="347 1527 1362 1921" style="border: 1px solid black; height: 176px; width: 636px;"></div>												

調査項目	内容																													
生活環境	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし。 <input type="checkbox"/> 家族と同居。(子の家等に同居する場合も含む。) 【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																												
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。																												
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。																													
	※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。																													
	【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)の予定】																													
	※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。																													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">氏名</th> <th style="width: 30%;">入所希望者との続柄</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> <th style="width: 40%;">満()歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>同居の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住) </td> </tr> <tr> <td>就労等の状況</td> <td colspan="3"> 週 回、1日当たり 時間、 に従事 </td> </tr> <tr> <td>疾病・障害等の状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無 </td> </tr> <tr> <td>対応状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td> </tr> <tr> <td>介護の負担</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。 </td> </tr> <tr> <td>介護者に関する特記事項</td> <td colspan="3"> </td> </tr> </tbody> </table>	氏名	入所希望者との続柄	年齢	満()歳	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)			就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事			疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無			対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。			介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。			介護者に関する特記事項				
	氏名	入所希望者との続柄	年齢	満()歳																										
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)																												
	就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事																												
疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無																													
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																													
介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。																													
介護者に関する特記事項																														
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)																													
就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事																													
疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無																													
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																													
介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。																													
介護者に関する特記事項																														

調査項目	内容													
介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 利用する。 <input type="checkbox"/> 利用しない。													
	【利用する場合の予定】													
	介護保険の居宅サービス(※)の利用予定	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="584 378 772 409">サービス種類</th> <th data-bbox="775 378 1361 409">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="584 414 772 448">週・月()回</td> <td data-bbox="775 414 1361 448">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 452 772 486">週・月()回</td> <td data-bbox="775 452 1361 486">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 490 772 524">週・月()回</td> <td data-bbox="775 490 1361 524">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="584 528 772 562">週・月()回</td> <td data-bbox="775 528 1361 562">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="584 566 1361 640">全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定</td> </tr> </tbody> </table>	サービス種類	利用頻度	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定	
	サービス種類	利用頻度												
	週・月()回	1回当たり()時間・日程度												
	週・月()回	1回当たり()時間・日程度												
週・月()回	1回当たり()時間・日程度													
週・月()回	1回当たり()時間・日程度													
全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定														
介護保険以外の福祉サービス等の利用予定	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="584 651 772 683">サービス種類</th> <th data-bbox="775 651 1361 683">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="584 687 772 869"></td> <td data-bbox="775 687 1361 869"></td> </tr> </tbody> </table>	サービス種類	利用頻度											
サービス種類	利用頻度													
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。													
※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。														

調査項目	内 容
その他入所 申込みに関し て特に留意す べき事項	(前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載してください。)