

(平成 2 7 年 4 月改定版)

(複写可)

さくらの里山科入居申込書

横須賀地区特別養護老人ホーム標準入居申込書に独自の記入事項を追加したものです

申 込 日	令和 年 月 日
-------	-------------------------

さくらの里山科施設長 殿
お申込者（連絡先） ご本人様ではなくお申込み手続きをされているご家族様についてご記入下さい

住 所	〒 _____			
(フリガナ) 氏 名		続		電話番号
		柄		携帯電話

特別養護老人ホームさくらの里山科に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入 居 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)					性 別	男 ・ 女			
	氏 名					住民登録	市 ・ 区 ・ 町 ・ 村			
	現 住 所	〒 _____ _____ 電話 _____								
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)								
	健 康 保 険	種 別			記号 ・ 番号					
	年 金 等	種 別								
	障害手帳等	☐ 有 ☐ 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判 定 級(度) 年 月 日)								
	介 護 保 険	被保険者番号								
	要介護認定	☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5								
		【要介護 1、要介護 2 の方へ】 要介護 1 又は要介護 2 の方が特別養護老人ホームに入居するには、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と認められることが必要です。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。								
(認定期間) 年 月 日 ～ 年 月 日										
現在利用している施設サービス等	☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している ☐ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している ☐ 自宅で暮らしている									
	(施設に入所(入居・入院)している場合)									
	施設名又は病院名 (所 在 地)	_____ 市 ・ 区 ・ 町 ・ 村								
	入所又は入院期間	年 月 日 ～								

* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入居希望者の状況	現在利用している居宅サービス	☐ 訪問介護 (月に 回程度) [] ☐ 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] ☐ 訪問看護 (月に 回程度) [] ☐ 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] ☐ 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] ☐ 通所介護 (月に 回程度) [] ☐ 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] ☐ 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] ☐ 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] ☐ 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] ☐ 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] ☐ 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] ☐ 福祉用具の貸与・購入費支給 ☐ 住宅改修費の支給 ☐ その他の生活支援 ()	
	*1 該当するものをすべて選んでください。 *2 []内に事業者名を記入してください。		
身体状況	食 事 摂 取	☐ 自 立 ☐ 見守り (むせる・むせない) ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 (食事の種類) (主食) ☐ 常食 ☐ 半粥 ☐ 全粥 ☐ ミキサー (副食) ☐ 常食 ☐ 刻み ☐ ミキサー	
	排 泄	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 (おむつの使用) ☐ なし ☐ 昼夜 ☐ 夜のみ (排せつの拒絶) ☐ 有 ☐ 無	
	入 浴	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助	
	更 衣	☐ 自 立 ☐ 見 守 り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助	
	移 動	☐ 自 立 ☐ 見 守 り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 (歩 行) ☐ つかまり歩き ☐ 杖使用 ☐ 車いす ☐ 寝たきり	
	視 力	☐ 普 通 ☐ やや悪い ☐ 人の動きがわかる程度 ☐ ほとんど見えない	
	聴 力	☐ 普 通 ☐ やや悪い ☐ 大声が聞き取れる ☐ ほとんど聞こえない	
	言 語	☐ 普 通 ☐ 聞き取りにくい ☐ 聞き取れない	
	補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。		
認知症・精神の症状	☐ 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している ☐ 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる ☐ 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする ☐ 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする ☐ 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする (自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 		

入居希望者の状況	医療的処置 * 該当するものをすべて選んでください。 ☐ カテーテル ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 経管栄養(鼻腔・胃ろう) ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 疼痛看護 ☐ その他() (現在治療中の病気) <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td>内 服 薬</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>感 染 症</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> (既往症) <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>	病名	入院・通院病院	期 間			年 月～			年 月～			年 月～	内 服 薬			感 染 症			病名	入院・通院病院	期 間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月	☐ 入居希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している ☐ 入居希望者は在宅での生活を希望している ☐ 入居希望者の意向は確認していない又は確認できない ☐ その他()
	病名	入院・通院病院	期 間																													
		年 月～																														
		年 月～																														
		年 月～																														
内 服 薬																																
感 染 症																																
病名	入院・通院病院	期 間																														
		年 月～ 年 月																														
		年 月～ 年 月																														
		年 月～ 年 月																														
家族や住居等の状況	入居を希望する理由 * 該当するものをすべて選んでください。 ☐ 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない ☐ 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない ☐ 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きい ☐ 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 ☐ 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 ☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 ☐ 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 ☐ その他(具体的に記載してください。)																															
	主な介護者	(フリガナ)		性 別	年齢/生年月日	(歳)																										
	氏 名		男 ・ 女	明・大・昭	年 月 日																											
	同居の区分	☐ 同居 ☐ 別居 住所 〒 電話 ()																														
	入居希望者との関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他()																														
	他の介護者	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ いない																														
	意見	(介護をしている上で特に困っていること) 																														

その他	入居を希望する時期	☐ 今すぐ入居したい ☐ 半年ぐらい先には入居したい ☐ 1年ぐらい先には入居したい ☐ 将来的に必要なになったときに入居したい
	他施設の申込み状況	☐ 当該施設にのみ申し込んでいる ☐ 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名)

担当ケアマネジャー	氏 名		連 絡 先	電話 ()
	事業所名			

備 考	本入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。なお、要介護1、要介護2の方で、自宅での生活が困難な理由として、これまでの欄では説明仕切れない事情がある場合は、その事情についてご記入下さい。
-----	---

* 以下は本施設独自の記入事項となります

特記事項 * 該当するものをすべて選んでください。	☐ 犬を飼っており、その世話が困難である。 ☐ 猫を飼っており、その世話が困難である。 ☐ 膀胱留置カテーテル、経管栄養、酸素療法等の医療的処置が必要である。 医療的処置の名称 ☐ 認知症又は精神障害又は知的障害等のため、日常生活に重大な支障をきたす症状、行動、あるいは意思疎通が難しい症状があり、独居生活や家族との共同生活が困難である。 困難な状況を具体的に記載 _____ _____ ☐ 入院中の病院、あるいは入所中の施設から退院、退去を要請されており、なおかつ住環境が介護あるいは独居生活に適さない状況にある 住環境の状況を具体的に記載 _____ _____ ☐ 住環境が介護あるいは独居生活に適さない状況にある 住環境の状況を具体的に記載 _____ _____ ☐ ゴみの処理ができない等、認知症等の症状により日常生活に支障をきたしている 支障について具体的に記載 _____ _____ ☐ その他在宅での生活が困難である 困難な状況を具体的に記載 _____ _____
---	--

※本項目（特記事項）は、他の項目と重複する内容が含まれております。ご入居判定に関わる部分ですので、ご面倒でも他と重複する内容も再度ご記入下さるようお願い致します。

動物ユニットに関する情報

- ※さくらの里山科は、ご高齢になってもペットと共に暮らしたというご希望にこたえ、一部のユニットでは犬や猫と一所に暮らすことができるようにしてあります。
- ※犬ユニットおよび猫ユニット以外のユニットに、犬や猫が入ることはありません。階も違いますので、他のユニットのご入居様は、犬や猫と触れ合うことはありません。犬や猫のアレルギーの方でも、一般のユニットで問題なくご生活頂けます。
- ※犬・猫ユニットでは、ご入居者様と犬・猫が完全に一緒に生活しています。ユニット内の全ての場所（各ご入居者様の個室、リビング、キッチン、廊下、他）に犬・猫が自由に出入りします。ご入居者様の個室やベッドに犬・猫が入ることもあります。犬・猫ユニットにご入居された場合、ご自分の部屋だけは犬・猫を入れないでほしい、犬・猫を遠ざけてほしい、というようなご要望にはおこたえできません。
- ※犬ユニットと猫ユニットは2階にあります。犬ユニットは2-1と2-2です。猫ユニットは2-3と2-4です。
- ※平成27年4月現在、2-1ユニットには犬が4匹、2-2ユニットには犬が2匹、2-3ユニットには猫が4匹、2-4ユニットには猫が4匹暮らしております。
- ※犬の中には、体重約20kgの大きな犬もいます。
- ※上記のような状況での生活ですので、犬ユニットは犬が本当にお好きな方、猫ユニットは猫が本当にお好きな方でないと、生活するのは不可能です。
- ※犬、猫共に必要な予防接種は済まし、ノミダニ予防薬もつけています。定期的に獣医の検査も受けています。
- ※たとえ認知症による行動であっても、犬や猫を傷つける行動をされる場合は、ご退居して頂きます。
- ※ご高齢者様の場合、犬・猫が好きでも、一緒に部屋で生活するのは嫌という場合があります。よくご本人様の意志をご確認ください。
- ※これらのことを考慮したうえで、犬ユニット又は猫ユニットを希望するかどうかご判断下さい。

犬ユニットの希望	☐ 飼い犬と一緒に入居したい ☐ 犬ユニットを希望する ☐ 犬ユニットでも一般ユニットでもどちらでもよい ☐ 犬ユニットは希望しない
猫ユニットの希望	☐ 飼い猫と一緒に入居したい ☐ 猫ユニットを希望する ☐ 猫ユニットでも一般ユニットでもどちらでもよい ☐ 猫ユニットは希望しない
犬との相性	☐ 犬アレルギーがある ☐ 犬が嫌い
猫との相性	☐ 猫アレルギーがある ☐ 猫が嫌い
犬の飼育経験	☐ 屋内で犬と一緒に生活した経験がある（もしくは現在生活している） ☐ 屋外で犬を飼った経験がある（もしくは現在飼っている）
猫の飼育経験	☐ 屋内で猫と一緒に生活した経験がある（もしくは現在生活している）

* 以下は再び横須賀市の標準入居申込書の内容となります

おねがい	入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
------	---

同意確認欄	☐ 入居申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 ☐ 入居要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入居申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 ☐ 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入居希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 入居希望者氏名 印 申込者氏名 印
-------	---

説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入居申込みから入所契約までの手続き及び入居順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 (本人との続柄) ____年 ____月 ____日 氏 名 (____)
-------	--