

施設長	相談員	受付者

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

「ハーモニーハウス」入所申込書

様式第1号(指針第5の1)

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
住所	〒		
電話	( )	携帯電話	( )
申込者氏名	(印)	続柄	
入所対象者本人の同意の有無		有 ・ 無 ・ 判断不可	

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となります。

※今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者の状況	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	T・S 年 月 日
	介護保険被保険者番号		保 險 者	
	要介護度		保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒
	連絡先	電話 ( ) / 携帯電話 ( )		
	現 況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 ( ) <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 ◇ 施設(病院)名称 ( ) ◇ 入所(院)の時期 ( 年 月 日から ) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所 ( ) ◇ 担当ケアマネージャー ( )		
主たる介護者	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	S・H 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒	家族構成	
	連絡先	電話 ( ) / 携帯電話 ( )		
	介護者の意見 (介護の困難事由)			
身元引受人	フリガナ		性 別	男 女
	氏 名		生年月日	S・H 年 月 日
	連絡先(電話)	( )	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒	本人との関係	
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 :                                  ◇ 施設名 : ◇ 施設名 :                                  ◇ 施設名 :			
同意欄	<p>以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受け、同意の上、申込みを行ったものです。          また、入所検討委員会における検討資料作成のため介護支援専門員等による調査の受入や、保険者・居宅介護支援事業者等介護保険事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">本 人 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">家族(又は代理人) _____ (印)</p>			

※申込の際には、介護保険被保険者証(写)・健康保険証(写)を添付して下さい。

※要介護1又は2の方については、特列入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。

※同意欄内で本人による記入が不可の場合は、代筆にて記入して下さい。

特別養護老人ホーム ハーモニーハウス個別状況調査票

対象者氏名		被保険者番号	
今回調査日	年 月 日	前回調査日	年 月 日

記入者氏名		記入年月日	年 月 日
電話	( )	携帯番号	( )
本人との関係		FAX	( )
要介護度		要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
認知症の状況	※別紙へ記入をお願いいたします		
入所希望の背景 (該当するもの 全てを選択)	<input type="checkbox"/> 単身世帯である <input type="checkbox"/> 高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない <input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある どのようなことに負担を感じますか(食事・排泄・入浴・移乗・移動・整容・他 ) <input type="checkbox"/> 主介護者が育児、家族の看病等を行っている (常時必要 ・ 半日必要 ・ 時々必要) <input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している (介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能) <input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており介護が困難/介護により生計維持者の就労が困難 (介護困難 ・ 多少介護可能) <input type="checkbox"/> 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が ( ) <input type="checkbox"/> 主介護者や家族等で介護に対する負担を感じる場合がありますか (どのようなことで感じていますか ) <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難である (経済的状況 ・ 借家(アパート等) ・ 公営住宅 ・ 地域環境 ・ その他 ) <input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある (今すぐに ・ 約 ヶ月以内) <input type="checkbox"/> その他 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金 ・ その他( )		
居宅サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 単位数の80%以上の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%以上 80%未満の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満の利用 ◆ 経済的事由による利用制限の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
施設サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 無    ( ) <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( )		
入所希望状況	<input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 順位到来時		
医療の状況	◆ 既往症の有無 <input type="checkbox"/> 無    ( 病名                          時期 ) <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( 病名                          時期 ) ◆ 特記事項 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> 褥そう(床ずれ) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 感染症がある <input type="checkbox"/> その他 ◆ 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ( )		
機能訓練状況	現在、実施している ・ していない   内容 どのような機能訓練を求めていますか( )		

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて記入してください。  
 ・居宅サービス利用の方は、利用票及び別表(写)を添付してください。

認知症症状についてお尋ねいたします。

日常生活の中で、あてはまる記号（頻度）に○印をつけてください。

(1) 暴言・暴行が なし・少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(2) 大声を出すことが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(3) 助言や介護に抵抗することが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(4) 目的も無く動き回ることが（徘徊） なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(5) 外出すると、病院、施設、家などに一人で戻れなくなることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(6) 一人で外に出たがり目が離せないことが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(7) 火の始末や、火元の管理ができないことが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(8) 不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ）ことが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(9) 食べられないものを口に入れることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(10) 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(11) 物を取られたなど被害的になることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(12) 作り話をする なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(13) 実際にないものが見えたり聞こえたりすることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(14) 泣いたり笑ったりと感情が不安定になることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(15) しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてたりすることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(16) 「家に帰る」等、落ち着きがないことが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(17) 色々なものを集めたり無断で持ってきたりすることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(18) 物や衣類を壊したり、破いたりすることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(19) ひどい物忘れがあることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(20) 意味も無く一人ごとや独り笑いをすることが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(21) 自分勝手に行動することが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）
(22) 話がまとまらず、会話にならないことが なし  少しあり（月1～3回）	やや多い（週1～3回）	非常に多い（ほぼ毎日）