

(様式1)

さがみ湖桂寿苑 標準入所申込書

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
受付番号		受付時刻	午前・午後 時 分
受付者名			

さがみ湖桂寿苑施設長 殿

申込者（連絡先）

住 所	〒		
(フリガナ)		電 話 番 号	
氏 名		FAX・Eメール	

さがみ湖桂寿苑の（入所・短期入所）を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用希望者の情報	(フリガナ)							性 別	男 ・ 女		年 齢	歳	
	氏 名							生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日				
	住 所	〒						住 民 登 録		市・区・町・村			
								電 話 番 号		()			
	介護保険	被 保 険 者 番 号									保険者		
	要介護認定	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5											
		(認 定 期 間)		平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
		※更新申請中の場合（申請日：令和 年 月 日）											
	介護保険負担割合証	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割						介護保険負担限度額認定証			第 段階		
	健康保険	種 別							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)												
	現在の状況及び介護サービスの利用状況	1 施設等 ☐ 特養(□従来型 □ユニット型) ☐ 老健 ☐ 介護療養型 ☐ 養護 ☐ 軽費 ☐ ケアハウス ☐ 高齢者グループホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ 救護・更生施設(保護施設) ☐ 障害者入所施設 ☐ その他 () ☒ 入所・入居中の施設 ・施設名【 】 ・所在地【 市・区・町・村】 ・入所・入居期間【 年 月 日 ~ 】											
2 病院 (入院が必要となった理由：) ☒ 入院中の病院 ・病院名【 】 ・所在地【 市・区・町・村】 ・入院期間【 年 月 日 ~ 】													

利用希望者の情報	現在の状況及び介護サービスの利用状況	3 在宅等 ※【 】は事業者名を記入		
	☐ 訪問介護（週 回）【 】 ☐ 訪問入浴（週 回）【 】 ☐ 訪問看護（週 回）【 】 ☐ 訪問リハビリテーション（週 回）【 】 ☐ 通所介護（週 回）【 】 ☐ 通所リハビリテーション（週 回）【 】 ☐ 短期入所生活介護（最近3ヶ月の利用日数合計 日）【 】 ☐ 短期入所療養介護（最近3ヶ月の利用日数合計 日）【 】 ☐ 夜間対応型訪問介護【 】 ☐ 認知症対応型通所介護【 】 ☐ 小規模多機能型居宅介護【 】 ☐ その他（ ）			
利用希望者の状況	食事	状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経口摂取不可	
		食事形態	主食 ☐ 常食 ☐ 半粥食 ☐ 全粥食 ☐ ミキサー ☐ その他()	
排泄	副食		☐ 常食 ☐ 刻み ☐ みじん ☐ ミキサー ☐ その他()	
	嚥下	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 毎回むせる ☐ トロミ剤の使用(□有 □無)		
	状態	☐ 自立 ☐ 誘導・一部介助 ☐ 全介助		
	尿意	☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない		
	便意	☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない		
入浴	下着	☐ 綿パンツ ☐ オムツ(□ 昼 □ 夜) ☐ リハビリパンツ(□ 昼 □ 夜)		
		☐ パッド(□ 昼 □ 夜)		
		場所 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ その他()		
		状態 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	方法	☐ 家庭の浴槽 ☐ 訪問入浴サービス ☐ 施設一般浴 ☐ 施設機械浴		
		更衣 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
		拒否 ☐ なし ☐ 時々ある ☐ 強くある		
		移動方法 ☐ 自立歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器(□ 安定 □ 不安定)		
	動作等	☐ 車椅子（自操 ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 寝たきり		
		立位	☐ 安定 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不安定 ☐ 不可	
		座位	☐ 安定 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不安定 ☐ 不可	
		寝返り	☐ 可 ☐ つかまれば可 ☐ 不可	
		外出	☐ まれである ☐ しない ☐ 寝たきり	
	身体状況	視力	☐ 見える ☐ 見えにくい(□ 眼鏡使用) ☐ 見えない(□ 左 □ 右)	
		聴力	☐ 聞こえる ☐ 聞こえにくい(□ 補聴器使用) ☐ 聞こえない(□ 左 □ 右)	
		言語	☐ 話せる ☐ 聞き取りにくい ☐ 話せない	
意思		☐ 疎通できる ☐ ある程度できる ☐ 疎通できない		
麻痺の有無		☐ 無 ☐ 有(□ 左上肢 □ 右上肢 □ 左下肢 □ 右下肢 □ その他)		
睡眠	☐ 普通 ☐ 眠れないことが多い ☐ 不眠 ☐ 睡眠薬の使用(□ 有 □ 無)			
嗜好品等	飲酒	☐ 飲まない ☐ 飲む(量)		
	タバコ	☐ 吸わない ☐ 吸う(本／日)		
※ ご本人の心身状況を把握している方が正確にお書きください。ご不明な点は担当ケアマネージャー等にご相談ください。				
※ 事実と違う場合は優先順位が変更される場合があります。				

	認知症の状況	1 ☐ 無		
		2 ☐ 有 ☐ 常時徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 異食(食物以外のものを口にいれる) ☐ 介護抵抗 ☐ 自傷(自分を傷つける行為) ☐ 他傷(他人を傷つける行為) ☐ 収集癖 ☐ 声出し ☐ 暴言 ☐ 不快な音を立てる ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 被害妄想 ☐ 自殺願望 ☐ その他()		
		※ 上記内容を具体的に記入して下さい		
利用希望者の情報	医療情報	※ 申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません		
		医療的処置	1 ☐ 無	
			2 ☐ 有 ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 常時吸引 ☐ 気管切開 ☐ 褥瘡の処置 ☐ カテーテル留置 ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 膀胱ろう ☐ 皮膚疾患 ☐ その他()	
		【既往歴】 入院の有無 年月	結核の既往(☐ 有 ☐ 無) ※ 入院していた場合はその時期もご記入下さい。(入院 ●年●月～ ▲年▲月)	
		【現病歴】 入院の有無 発病年月	 ※ 入院している場合は入院時期もご記入下さい(入院 ●年●月～)	
		内服薬		
		特記事項		
利用希望者の意向 (利用希望者が申し込んでいる場合を除く)		☐ 利用希望者が特別養護老人ホームへの(入所 ・ 短期入所)を希望している ☐ 利用希望者は在宅での生活を希望している ☐ 利用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()		

介護者や住居等の状況	入所・短期入所を希望する理由		☐ 身寄りが無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					
	※ 短期入所希望者は、その他に記載して下さい		☐ 車椅子を使用しているが、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、在宅での生活が困難 ☐ 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、在宅での生活が困難 ☐ その他(具体的に記載して下さい) 					
主な介護者	(フリガナ)		性別	男・女	年齢	歳		
	氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日				
	同居の区分	☐ 同居 ☐ 別居 住所 〒 ー 電話番号 ()						
	利用希望者との関係	☐ 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						
	特記	(介護をしている上で特に困っていること等)						
その他	入所を希望する時期 ※入所希望者のみ記載		☐ 今すぐ入所したい ☐ 必要な時に入所したい ☐ 半年ぐらい先には入所したい ☐ 1年ぐらい先には入所したい ☐ 将来的に必要なになったときに入所したい					
	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)					
	担当ケアマネージャー		氏名		連絡先	電話	()	
		事業所名						

その他	備考	本入所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。
-----	----	---

おねがい	利用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。
------	---

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 (利用希望者本人との続柄) 令和 年 月 日 氏 名 ()
同意書	当施設が保管する入所申込みに関する情報については、神奈川県又は相模原市から状況把握のために提示を求められることに同意します。 利用希望者氏名 (印) ※ 申込者が本人以外の場合 申 込 者 氏 名 (印) 氏名欄は、自署 の場合は押印不 要です。

※本申込書の有効期限は受付日から2年間となります。但し、この間に様式3（介護状況変更連絡書）を提出した場合には、その受付日から、さらに2年間有効期限が延長となります。

(様式2)

標準入所希望者調査票

入所申込受付日	年 月 日	入所決定日	年 月 日
---------	-------	-------	-------

入所希望者名	住 所
--------	-----

勘 案 項 目		入退所検討委員会の開催							
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		内 容	点数	内 容	点数	内 容	点数	内 容	点数
要介護度									
介護の状況									
市内居住者									
特 記 事 項	認知症による 行動障害								
	医療的処置の 状況								
	住居環境								
	在宅生活困難								
	その他								
合 計 点									
同点時順位判定 (年 齢)									
優 先 入 所	市町村からの 入所依頼等								
	長期入院後 の再入所								
	退所後の 再入所								
	緊急性等								
入所順位									
(例外) 性別・重度認知症等 状況・医療的処置・ 施設の適切処遇、運 営維持									
入所一時辞退									

(注) 入所希望者又は介護者から勘案項目に係る状況変化の申出があった場合に、直近の入退所検討委員会において、再評価を行うこととします。

介 護 状 況 変 更 連 絡 書

記入日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
-----	----------	-----	----------

住 所	〒 ー		
(フリガナ)		電 話 番 号	
氏 名		FAX・Eメール	

[illegible]

入所希望者の状況の変更	食事	状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経口摂取不可	
		食事形態	主食	☐ 常食 ☐ 半粥食 ☐ 全粥食 ☐ ミキサー ☐ その他()
			副食	☐ 常食 ☐ 刻み ☐ みじん ☐ ミキサー ☐ その他()
		嚥下	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 毎回むせる ☐ トロミ剤の使用(☐ 有 ☐ 無)	
	排泄	状態	☐ 自立 ☐ 誘導・一部介助 ☐ 全介助	
		尿意	尿意 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない	
		便意	便意 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない	
		下着	☐ 綿パンツ ☐ オムツ(☐ 昼 ☐ 夜) ☐ リハビリパンツ(☐ 昼 ☐ 夜) ☐ パッド(☐ 昼 ☐ 夜)	
		場所	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ その他()	
	入浴	状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
		方法	☐ 家庭の浴槽 ☐ 訪問入浴サービス ☐ 施設一般浴 ☐ 施設機械浴	
		更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
		拒否	☐ なし ☐ 時々ある ☐ 強くある	
	動作等	移動方法	☐ 自立歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器(☐ 安定 ☐ 不安定) ☐ 車椅子(自操 ☐ 可 ☐ 不可) ☐ 寝たきり	
		立位	☐ 安定 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不安定 ☐ 不可	
		座位	☐ 安定 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不安定 ☐ 不可	
		寝返り	☐ 可 ☐ つかまれば可 ☐ 不可	
		外出	☐ まれである ☐ しない ☐ 寝たきり	
	身体状況	視力	☐ 見える ☐ 見えにくい(☐ 眼鏡使用) ☐ 見えない(☐ 左 ☐ 右)	
		聴力	☐ 聞こえる ☐ 聞こえにくい(☐ 補聴器使用) ☐ 聞こえない(☐ 左 ☐ 右)	
		言語	☐ 話せる ☐ 聞き取りにくい ☐ 話せない	
		意思	☐ 疎通できる ☐ ある程度できる ☐ 疎通できない	
		麻痺の有無	☐ 無 ☐ 有(☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他)	
		睡眠	☐ 普通 ☐ 眠れないことが多い ☐ 不眠 ☐ 睡眠薬の使用(☐ 有 ☐ 無)	
		嗜好品等	飲酒	☐ 飲まない ☐ 飲む(量)
			タバコ	☐ 吸わない ☐ 吸う(本／日)
	認知症の状況	1 ☐ 無		
2 ☐ 有 ☐ 常時徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 異食(食物以外のものを口にいれる) ☐ 介護抵抗 ☐ 自傷(自分を傷つける行為) ☐ 他傷(他人を傷つける行為) ☐ 収集癖 ☐ 声出し ☐ 暴言 ☐ 不快な音を立てる ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 被害妄想 ☐ 自殺願望 ☐ その他()				
※ 上記内容を具体的に記入して下さい				

入所希望者の状況の変更		※ 申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません	
	医療的処置	1 ☐ 無	
		2 ☐ 有 ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 常時吸引 ☐ 気管切開 ☐ 褥瘡の処置 ☐ カテーテル留置 ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 膀胱ろう ☐ 皮膚疾患 ☐ その他()	
	【既往歴】 入院の有無 年月	結核の既往(☐ 有 ☐ 無)	
	【現病歴】 入院の有無 発病年月		
	内服薬		
特記事項			
介護者や住居等の状況の変化	入所を希望する理由	☐ 身寄りが無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	
		☐ 車椅子を使用しているが、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、在宅での生活が困難			
☐ 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、在宅での生活が困難			
☐ その他(具体的に記載して下さい)			
()			

その他	☐ 入所待機を継続する ☐ 入所待機を継続しない 継続しない理由			
	入所を希望する時期	☐ 今すぐ入所したい ☐ 必要な時に入所したい ☐ 半年ぐらい先には入所したい ☐ 1年ぐらい先には入所したい ☐ 将来的に必要なになったときに入所したい		
	担当ケアマネージャー	氏 名		連絡先 電話 ()
		事業所名		
備考	本変更連絡所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。			

※ この介護状況変更連絡書は、「入所希望者調査票」提出後に介護状況等に変更があった場合にご提出いただくものです。

※ 記入後、FAXまたは郵送にて施設宛てにご連絡ください。

※ 事実と反する連絡をされた場合は、申込みが取下げとなる場合がありますのでご注意ください。