

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

〒 :
住所 :
氏名 :
電話 :

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)	保 険 者	
	(フリガナ)	性別	被保険者番号
	氏 名	男・女	要 介 護 度
	生 年 月 日	大・昭 年 月 日( )歳	要介護 認定期間
	現 住 所	〒 —	
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 年 月から入所・入院している	
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度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が必要となることから、次の2欄も回答してください。)  <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <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。 <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。 <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。	
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい	
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在までの病歴・怪我、入院の有無など特記事項】	
	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、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )	
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係
	氏 名	男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: _____ )	
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】	

1 本人の状況

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5	/	/	/
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I	自立				

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者 世 帯	そ の 他			
介護者の年齢・続柄						
介護者の介護負担	重 い	やや重 い	軽 い	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( ), 日/週, 時間/日)					
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	介 護 拒 否	非 常 に 消 極 的	や や 消 極 的	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	ほ と ん ど な し	随 時 あ り	常 時 あ り			

3 調査者の意見


4、感染症の有無

記載者氏名

印

ワッセルマン反応	<input type="checkbox"/> チェックされた方⇒ 感染力あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
結核	<input type="checkbox"/> チェックされた方⇒ 感染力あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
肝炎	<input type="checkbox"/> チェックされた方⇒ 感染力あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
MRSA	<input type="checkbox"/> チェックされた方⇒ 症状あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>

入所希望者氏名:

記入日 年 月 日

入所を希望されている方の状態に当てはまる項目全てにチェックを入れ、状況等詳細にご記入ください。

大別	項目	チェック	内 容	大別	項目	チェック	内 容
食 事	食事動作		自身で食べられる。	移 動	動作 (該当するもの全て)		起き上がりが1人で出来る
			ある程度の介助・見守りが必要				起き上がりに介助が必要
			全て介助している				立ち上がりが1人で出来る
	食事形態 (該当するもの全て)		普通食				立ち上がりが不安定で介助が必要
			⇒ お粥・刻み食(大きさ)				歩行安定し、何も掴まらずに1人で歩ける
			ミキサー食				歩行不安定で見守りや介助が必要
			経管栄養				目が離せない
			水分にトロミ使用				選択⇒ 杖・手すり・シルバーカーの使用
			むせ込みやすい				選択⇒ 自身で動かせる・介助が必要
		食べこぼしが多い					有 選択⇒ 骨折の有・無
毎回の食事 摂取量			転倒歴				骨折の部位・時期など→
食事に関する 特記事項							無
				移動に関する 特記事項			
排 泄	排泄動作		自身でトイレに行かれ、問題なく済ませる	コ ミ ユ ニ ケ ー シ ョ ン	会 話		話しかけに的確に返答できる
			トイレの失敗があるため、確認が必要				返答できないが内容を理解できる
			移動や排泄動作の全てに介助が必要				話した内容をすぐに忘れてしまう
			選択⇒ おむつ・リハビリパンツ・普通下着				話しの辻褄が合わず、会話にならない
							話しかけに反応ができない
		ポータブルトイレを使用している					
	尿意・便意		ある(⇒自身で向う 介助の依頼がある)		聴 力		普通の声で聞こえる
			ない(確認や定期的な誘導・介助が必要)				大きめの声で聞こえる
トイレ回数	日中	夜間			耳元で話さないと聞こえない		
オムツ交換 回数	日中	夜間			全く聞こえない(左・右)		
排泄に関する 特記事項				視 力	問題なし		
					問題あり(具体的に )		
入 浴	入浴方法		自宅で一人で入浴	認 知 症 な ど に よ る 症 状 ( 該 当 す る )		意欲低下	不潔行為
			自宅で家族などの介助で入浴			物忘れ	妄想
			施設など利用する時に入浴			昼夜逆転	幻覚
	施設での 入浴方法		一般浴槽			帰宅願望	幻聴
		機械浴		徘徊	異食		
入浴に関する 特記事項					収集癖	暴言・暴力	
日中の過ごし方					介護拒否・抵抗	感情が不安定	
夜間の睡眠状況					その他( )		
身長	cm	体重	kg	その他特記事項			

※個人情報取り扱いについては、必要最低限の情報を用いることをお約束いたします。

施設内における入所判定に関してのみ使用することとし、無断使用は一切致しません。

愛生苑問い合わせ先:047-459-8887

## 特別養護老人ホーム愛生苑《料金表》 令和6年4月～5月改定版

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護福祉施設サービス費	589 単位	659 単位	732 単位	802 単位	871 単位
看護体制加算Ⅰ	4 単位	4 単位	4 単位	4 単位	4 単位
夜勤職員配置加算Ⅰ	13 単位	13 単位	13 単位	13 単位	13 単位
日常生活継続支援加算	36 単位	36 単位	36 単位	36 単位	36 単位
介護保険1日分合計単位数	642 単位	712 単位	785 単位	855 単位	924 単位
介護保険31日分合計単位数	19,902 単位	22,072 単位	24,335 単位	26,505 単位	28,644 単位
栄養マネジメント強化加算/日	11 単位	11 単位	11 単位	11 単位	11 単位
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ/月	5 単位	5 単位	5 単位	5 単位	5 単位
科学的介護推進体制加算Ⅱ/月	50 単位	50 単位	50 単位	50 単位	50 単位
介護職員処遇改善加算Ⅰ (合計単位数の8.3%)	1,685 単位	1,865 単位	2,053 単位	2,233 単位	2,410 単位
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ (合計単位数の2.7%)	548 単位	607 単位	668 単位	726 単位	784 単位
介護職員等ベースアップ等 支援加算(合計単位数の1.6%)	325 単位	359 単位	396 単位	430 単位	465 単位
1か月分介護保険合計	22,856 単位	25,299 単位	27,848 単位	30,290 単位	32,699 単位
自己負担額(1割負担分) 八千代市 1単位=10.45円	23,885 円	26,437 円	29,101 円	31,653 円	34,170 円
食費(1日)	1,700 円	1,700 円	1,700 円	1,700 円	1,700 円
居住費(1日)	855 円	855 円	855 円	855 円	855 円
おやつ代(1日)	80 円	80 円	80 円	80 円	80 円
1か月分総額(負担割合1割)	105,570 円	108,122 円	110,786 円	113,338 円	115,855 円
負担限度額(3段階②)	79,995 円	82,547 円	85,211 円	87,763 円	90,280 円
負担限度額(3段階①)	57,985 円	60,537 円	63,201 円	65,753 円	68,270 円
負担限度額(2段階)	49,925 円	52,477 円	55,141 円	57,693 円	60,210 円
負担限度額(1段階)	35,665 円	38,217 円	40,881 円	43,433 円	45,950 円

※上記金額は、あくまで目安となり、四捨五入・切り捨てなど計算過程で若干の誤差が生じます。

負担限度額認定1段階の方については、個人負担によって記載料金とは異なります。

- ※介護保険上の加算
- ・ 外泊・入院時費用(1日246単位、月またぎで最大12日間)
  - ・ 初期加算(1日30単位、入所初め30日間)
  - ・ 安全対策体制加算(入所時に1回20単位)

※上記金額の他に発生するご負担として、病院受診や薬剤処方など医療に関する費用

その他、介護・生活上で個別に必要な物品購入やサービスについては自己負担となります。

例：理容 1回1,600円、美容 1回1,700円