

# 入所申込書

申込希望の施設に☑をお願いします 【  寿海荘 /  望海苑 】

※ロングショートステイ経由の希望の有無について☑をお願いします 【  希望する /  希望しない 】

※施設記入欄

申込者	ふりがな			続柄	
	氏名				
	住所	〒 -			
	連絡先	携帯電話			

処理状況欄	申込日	年 月 日
	受理日	年 月 日
	受付者	
	担当者	生活相談員

本人の状況	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	住民登録	市・区・町・村
	氏名							
	住所	〒 -						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	( 歳 )			

以下の欄については、担当の介護支援専門員、又は主治医の方に確認の上ご記入ください

本人の状況	医療保険	種類	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期	割	医療減額	<input type="checkbox"/> 区分Ⅰ	<input type="checkbox"/> 区分Ⅱ	その他( )		
		その他	<input type="checkbox"/> 福祉医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 被爆者手帳								
	介護保険	保険者番号				被保険者番号					
		負担割合	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割	負担限度額	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( 段階)			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中									
		(現認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日									
	介護状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中									
	現況	施設名(病院名)									
		入所(入院)期間		年 月 日 ~							
	現在の居宅介護サービス利用状況		利用点数				限度点数				
	身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃管 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 )								
			食事制限 ( )								
			食事形態 ( )								
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
更衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
移動		<input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング式車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー									
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
視力		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> ほとんど見えない									
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴										
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞き取れない										
認知症等の症状	認知症老人の日常生活度										
	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> ランク( ) 【 I~M(軽度~重度)の中から記入 】										

本人の状況	傷病名		
	既往歴		
	医療行為		
	かかりつけ医		
	本人の理解	<input type="checkbox"/> 入所に同意 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 本人に知らせていない <input type="checkbox"/> 理解不可	
	入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいない	
<input type="checkbox"/> 介護する者が、遠くて介助できない			
<input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢で介護できない			
<input type="checkbox"/> 介護する者が居ても、在宅で介護するのが難しい			
<input type="checkbox"/> その他 ( )			
その他	他施設申込	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
	ケアマネ	事業所名	
		担当者	
		電話番号	
備考	特に考慮してほしい点等の必要があれば記入して下さい		

【 要介護1又は2の方で、特例入所を希望される場合 】

本人の状況	<input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障をきたすような症状・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・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
	<input type="checkbox"/> 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など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
備考	居宅に置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場合、ご記入ください

① 説明確認欄

私は、入所の申込に際し、申し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

② 個人情報提供

特別養護老人ホームの入所の円滑化に資するため、入所判定に必要な範囲に限り、居宅支援事業所、介護保険施設、主治医、市町村など関係機関に対し、居宅介護サービス等の利用状況、介護者の状況、心身の状況等の個人情報の提供を求め、又は個人情報を提供することに同意する

③ 介護保険証の更新報告等(居場所の変更等)がないまま、1年以上が経過した場合は、待機者からキャンセル扱いになる場合があります

上記①、②の項目を確認しました

同意日 : 令和      年      月      日

利用希望者 :

代筆者 : ( 続柄 : )

※施設記入欄

要介護度	居宅サービス	施設評価		合計
		単身 在宅者 待機期間	老老介護 緊急退院等 特別な事情	