

緑枠内についてご記入ください
オレンジ枠内については、分かる範囲でご記入ください

(別紙様式 1)

寿海荘・望海苑入所申込書
(段階)

※施設記入欄

申込者連絡先	フリガナ氏名	(歳)	続柄		処理状況欄	申込日	年 月 日
	住所	〒				受理日	年 月 日
	電話番号					受付者	
				担当者		生活相談員	

本人の状況	フリガナ氏名		性別	男 ・ 女		
	現住所	〒			住民登録	市・区・町・村
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	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	介護保険	保険者番号				
		被保険者番号				
	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・入院中		
	現在の居宅介護サービス利用状況	利用点数		限度点数		
	現在利用している施設サービス等	施設名(病院名)				
		入所(入院)期間 年 月 日 から				
	身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (普通・粥・刻み・ミキサー)	
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 ()	
入浴		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
更衣		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
移動		<input type="checkbox"/> 自立	<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"/> 殆ど見えない		
聴力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない		
言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 殆ど聞き取れない			
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	医療的処置	現在治療中の病名・既往 () 受診している医療機関 () 具体的内容等
	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、介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護者が居ても、遠くて介護できない <input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢で介護できない <input type="checkbox"/> その他()
その他	他施設への申込の有無	無 有()
	介護支援事業所の利用	事業所名() 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ください

注1 介護保険被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用表及び別表の写しを添付してください。

注2 要介護度等記載事項に変更があった場合は、速やかに施設へご連絡ください。

注3 記入された内容について、保険者及び関係機関等第三者に提供する場合は、予め同意を得た上で行います。

本人の状況	特例入所を希望する理由 (要介護1又は2の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 認知症であり、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
備考	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場合、ご記入ください	

○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。

○個人情報提供同意欄

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、市町村等関係機関に対し、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します。

緊急の対応を希望している方は、病状により武久病院へ入院できる場合もあります。

武久病院への紹介を希望しますか。(①希望する、②希望しない)

令和 年 月 日

氏名

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 老老介護 複数介護者 在宅者 緊急退院等 待機期間 特別な事情	