

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 百寿の郷 施設長 殿

申込者
ご本人
ご家族
代理人

住 所	〒 _____		
ふりがな		本人との続柄	
氏名			
電話番号	(_____)		
携帯電話	(_____)		

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
ご本人の氏名					生年月日	T・S・H 年 月 日			
本人の現住所	〒 _____				電話番号	(_____)			
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒 _____					
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)				保険者				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※ 市町村への照会: _____ 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
	認定期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日							
介護者の状況	ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	氏名					生年月日	T・S・H 年 月 日		年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所 _____)						
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度 _____)						<input type="checkbox"/> なし	
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている		<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他(_____)					
		<input type="checkbox"/> 働いていない(<input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他(_____)							
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に: _____)						<input type="checkbox"/> なし		
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない								
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所								
	上記サービスの週当たりの利用日数	<input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日							

住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建)	<input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)	

退院・退所後の 在宅生活	病院名 施設名	電話番号 ()		入院等の時期(年 月頃)	
	退院等の 見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている	<input type="checkbox"/> 退院(所)したい (<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)		
	在宅生活 困難理由				
日常動作の状況	食事 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()				
	排せつ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()				
	会話・移乗移動・麻痺拘縮・家族構成など				
特筆すべき事項 (特例入所の要件関 連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に 支障を来している	<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい 等を伴い、日常生活に支障 を来している	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻 な虐待が疑われる	<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による 支援が期待できない	
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立 度がⅢA以上)である			<input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急 死等で発生	
医療的処置の状況	現病名や既往歴				
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置			
		<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()			
参考事項	指定居宅介護 支援事業所名	担当ケアマネジャー			
	他施設へ の申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる	<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み	
		※ 既に申込んでいる施設名:			
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい			
	健康保険種別		年金種別		

注) 介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。