

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 立生苑 施設長 様

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	M T S	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	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	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	
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)						

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	
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 日)
	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		
特筆すべき事項 (特例入所要件関連)	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。		
	<input type="checkbox"/>	認知症で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	
	その他特筆すべき事項がある場合は下記へ記載してください		
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 の申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み <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。

--

入所申込時補足確認資料

【入院中の場合】

現在はどここの病院へ入院中ですか _____

いつから入院中ですか _____ 年 月 日

病院の転院歴はありますか

_____ ⇒ _____ ⇒ _____
年 月 日頃 年 月 日頃 年 月 日頃

通院している病院は

① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____

何の病気・症状がありますか

① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____

家族構成	日中の様子・家族とのつながり
	夜間の様子
困っていること・要望	