

特別養護老人ホーム 入所申込書

受付

特別養護老人ホームみどり苑 施設長 様

申請者	住所	〒		
	氏名		⑩	続柄
	電話			

下記の事由により介護老人福祉施設サービスを受けたいので入所申し込みをいたします。
 なお、入所のための待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

※ご本人様におかれる状況等の更新や情報提供がされない場合、本紙申込書の有効期間は、受付日より5年間とさせていただきます。

被 保 険 者	保険者番号					市町		被保険者番号						
	フリガナ							性別	男性・女性					
	氏名							生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)					
	要介護度	1・2・3・4・5						有効期間	年 月 日～ 年 月 日					
	現住所	(〒 -)												
介護者の状況		<input type="checkbox"/> 介護者あり (<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 同敷地内・ <input type="checkbox"/> 同敷地外) <input type="checkbox"/> 介護者なし ※介護者ありの場合は年齢をお答えください。 <input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上75歳未満 <input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ()												
入所を希望する理由 (複数回答可)		<input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているので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"/> 介護者が他の者を介護しているため、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(院)を求められているが、居宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()												
入所希望者の身体状況		1.歩行： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (杖・歩行器) <input type="checkbox"/> できない (車椅子・リクライニング) 2.食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 水分ロミ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (軽・中・強) 主食形態： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 () 副食形態： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 () 3.排泄： <input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ) 4.入浴： <input type="checkbox"/> 一般浴 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> その他 () 5.意思疎通： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 () 6.認知症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 強) 7.認知症日常生活自立度： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 8.認知症による症状で困っている行為を次より選んでください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 自宅に帰れない <input type="checkbox"/> その他 ()												
入所希望者の医療状況		病名 (現在治療中の疾病及び主となる既往歴)						病院名・主治医						
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (頻度： 回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ (<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 (単位： 頻度：) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位： 処置：) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (部位： 症状：) <input type="checkbox"/> 感染症 () <input type="checkbox"/> その他 ()												

入所希望者の 現生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 サービス： <input type="checkbox"/> デイ（ ） <input type="checkbox"/> ショート（ ） <input type="checkbox"/> 訪問（ ） <input type="checkbox"/> 老人保健施設（ ） <input type="checkbox"/> その他の施設（ ） <input type="checkbox"/> 病院（病院名： 診断： 入院日： 年 月 日 ～）		
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 老夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 子供世帯と同居（ ） <input type="checkbox"/> 単身の子供又は、きょうだい等と同居 <input type="checkbox"/> 同敷地内又は、近隣に家族がいる		
入所意向時期	<input type="checkbox"/> 空きがあれば直ぐに入所したい <input type="checkbox"/> 3カ月以内には入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内には入所したい <input type="checkbox"/> 将来が不安なため、申込をしておきたい		
意見 記載内容の詳細、介護上で困っている事、ご家族の介護負担等、自由にご記入ください。			
（※資料添付可）			
居宅介護支援 事業所名	事業所等： 電話番号：	担当ケアマネ 相談員等	氏名

1.主たる介護者又は、主たる連絡先

フリガナ	性別	続柄	生年月日
氏名	男女		T・S・H 年 月 日（ 歳）
関り状況	<input type="checkbox"/> 介護している <input type="checkbox"/> 入所・入院中のお世話をしている <input type="checkbox"/> 主に手続き等		
住所	〒		携帯電話
			自宅携帯

2.その他の連絡先

フリガナ	性別	続柄	携帯電話	自宅電話
氏名	男女			
フリガナ	性別	続柄	携帯電話	自宅電話
氏名	男女			

3.情報提供にかかわる同意について

特別養護老人ホームみどり苑 施設長 様

貴施設に入所を希望するにあたり、次の事に同意します。

- (1) 入所申込に必要な「介護認定調査に係る情報」を保険者から得ること。
- (2) 入所申込に必要な「ケアプランに関する情報」を各事業所・市町村・病院・施設等から得ること。また、保険者から要求があった場合、この申込情報を保険者へ提供すること。

令和 年 月 日 入所希望者（本人） 印

署名代行者（家族） 印 続柄（ ）