

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

指定介護老人福祉施設等入所申込書

(特別養護老人ホーム)

申込日	平成	年	月	日
入所日	平成	年	月	日

入所を希望する者	フリガナ		保険者名	
	氏名		被保険者番号	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 () 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
	現住所 (住民登録地)	(郵便番号 -)	電話番号 (- -)	(地区)
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている < 申込日現在の介護度 > 要介護 (<input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5) < 認定有効期間 > 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで		
		<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成 年 月 日申請)		
		<input type="checkbox"/> 更新申請中 (平成 年 月 日申請)		
		<input type="checkbox"/> 認定申請中 (平成 年 月 日申請)		
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者(70歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族がいる世帯		
	現況	<input type="checkbox"/> 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 施設名又は病院名: 所在市町村名: 入所又は入院時期: 平成 年 月 日 ~ 入院・入所している		
入所を希望する理由 (該当するものはすべて選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <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"/> 介護する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"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難のため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給限度額を超えており、経済的負担が大きいため。 <input type="checkbox"/> その他 []			
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 湯之里園 施設長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認する事に同意します。 平成 年 月 日 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ 続柄 _____				

提出者連絡先	フリガナ		続柄	勤務先名称	
	氏名				自宅電話
	住所	郵便番号 -		携帯電話	- -

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

本人氏名	
------	--

◎ 介護者・家族等の状況

※入所申込みに対する家族の同意等は必ず☑をして下さい。

家族構成	氏名	続柄	年齢	入所申込者と	住所	電話	同意の有無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

主たる介護者・家族等の状況	フリガナ		生年月日	年齢	本人との関係
	介護者氏名		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	歳	
	介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病や障害 <input type="checkbox"/> 健康 < 疾病や障害ある場合は具体的記入 >			
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職種等： _____ 日/週 _____ 時間/日 <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間(パート的就労及び農業等の補助的就労) <input type="checkbox"/> 4時間未満			
	介護者及び家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 同居する他の要介護者を介護している。 <input type="checkbox"/> 同居以外の要介護者を介護している。 <input type="checkbox"/> 就労等により日中家族不在 <input type="checkbox"/> 乳・幼児を育児又は小・中学生の世話をしている <input type="checkbox"/> 他の家族が入院、入所中 <input type="checkbox"/> 介護可能な状態 <input type="checkbox"/> その他 _____			
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週3日程度の協力あり (氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 週4日以上 of 協力あり (氏名 _____ 続柄 _____)			
	介護場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中			
	介護歴	平成 _____ 年 _____ 月 頃から介護している (期間:約 _____ 年)			

入所申込者の状況	居住環境	<input type="checkbox"/> 住む家がない (<input type="checkbox"/> 家屋の取り壊し <input type="checkbox"/> 借家契約の解除等 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 居住不能 (<input type="checkbox"/> 家の傾き <input type="checkbox"/> 床板の腐食 <input type="checkbox"/> 雨漏り <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 生活空間が2階で上がれない <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・居室の広さ等が介護に適さない (手すり設置や段差解消ができない、廊下が狭い、ベッドがおけない等) _____ (上記に関する具体的は環境状況)
----------	------	--

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

◎ 入所申込者医療状況

本人氏名	
------	--

担当介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員氏名	事業所	連絡先電話番号	
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	在宅サービス内容(利用している場合は下記に記入)		在宅サービス利用率	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問リハ 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/月	年月 利用率 入院・入所の有無
	<input type="checkbox"/> 通所介護 回/月	<input type="checkbox"/> 通所リハ 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/月	年 月 % <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 日/月	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		年 月 % <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 日/月	<input type="checkbox"/> その他		年 月 % <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			3ヶ月平均 %	
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡		
<input type="checkbox"/> その他 ()				
医療機関名		医師名		
現在療養中の病気・処置				
意見等 (特例入所の要件(※ 要介護1・2の場合のみ)や、入所の必要性、緊急性などの意見を記入して下さい。)				
※要介護1・2の方「特例入所」の要件 ①認知症である者であって、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。 ②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。 ③家族等により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。 ④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。				
施設記入欄	希望施設	<input type="checkbox"/> 多床型 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		