

# 入 所 申 込 書 ( 1 / 2 )

特別養護老人ホーム 四季の里  
施 設 長 殿

申込み提出日 平成 年 月 日

本 人	フリガナ			明・大・昭	性別	男・女
	氏名			生年月日		
	住所	〒(    -    )			電話番号	(    )
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ			続柄	電話番号	(    )
	氏名				携帯番号	
	住所	〒(    -    )				
	その他の 連絡先	氏名			続柄	電話番号
住所		〒(    -    )				
現 在 居 る と こ ろ	<input type="checkbox"/> 自宅					
	<input type="checkbox"/> 入院・入所					
	施設名			施設種別		
	担当者名			電話番号	(    )	
支 援 事 業 所	事業所名					
	担当者名			電話番号	(    )	
申 込 施 設 の 状 況	施設名1			申込	予定・済	(申込時期 年 月頃)
	施設名2			申込	予定・済	(申込時期 年 月頃)
	施設名3			申込	予定・済	(申込時期 年 月頃)

介護認定	申請(更新・変更)中・済	保険者(市町村名)				
要介護度	1・2・3・4・5	被保険者番号				
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					

介 護 者 の 状 況	該 当 す る 番 号 1 つ に ○  ( □ 内 は 該 当 項 目 に チ ェ ッ ク )	1. 身寄りがなく、介護する者がいない
		2. 介護する者がいない (□介護者が長期入院・入所 □介護者が遠方に在住)
		3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない (介護者が □要介護状態 □病気療養中 □障害がある)
		4. 介護する者はいるが、介護にあてる時間を十分に確保できない (介護者が □要支援状態・高齢 □就労している □他にも介護している □育児している)
		5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である
		6. 1~5に該当しない (介護に欠ける状態ではない)
		* 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください

## 入 所 申 込 書 ( 2 / 2 )

入 所 者 本 人 の 状 況	現該(□ 在当□ のす内 住るは 居番該 及号当 び1項 介つ目 護にに サー○ ビス の 利用 状況	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(□従来型 □ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障がい者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他( )
		2. 病院 病名:( ) 入院:(平成 年 月から)
		3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( <input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回 ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( <input type="checkbox"/> 週1回以上 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回 ) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回 ) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 ( 最近3か月の利用日数合計 日 ) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス

入所希望者の状況(具体的にご記入ください)

1. 身体の状況について (麻痺や拘縮等身体状況や移動・食事・排泄等の介護を要する状況) 移動 <input type="checkbox"/> 歩行可(杖・歩行器・老人車) <input type="checkbox"/> 車椅子(普通・リクライニング) <input type="checkbox"/> 離床していない <input type="checkbox"/> その他 食事 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> いくらか介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 排泄 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部おむつ <input type="checkbox"/> 常におむつ <input type="checkbox"/> その他 その他 ( )
2. 認知症等について (介護や見守りを要する症状や介護者が困っている言動) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 日時がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> その他 ( )
3. 医療の状況について (特に注意を要する事項・医療器具の使用など介護や看護を要する疾患等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう等) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他( ) 現在治療中の傷病名 ( )

**【説明確認及び同意書】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所申込みから契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、並びに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。</li> <li>・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。</li> <li>・ 入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。</li> <li>・ 入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。</li> <li>・ 施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。</li> </ul>
平成 年 月 日 氏名 _____ 印(続柄 _____)

施設 記入	受付者氏名 _____ 職種 _____ 施設長・管理者・相談員・ケアマネ・その他( )
	受付年月日 _____ 平成 年 月 日
	備考 _____