

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 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム光寿苑 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 | ( ) |        |  |

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                                                  | 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           | 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<br>施設名                                                                                                                                                                                                            | 電話番号                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |                  |                                                                                           |                                                                                                       |  |  |                                           | 入院等の時期( 年 月頃 ) |                                                       |                                                       |                                                                                             |    |     |  |  |
|                        | 退院等の<br>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<br>困難理由                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                  |                                                                                           |                                                                                                       |  |  |                                           |                |                                                       |                                                       |                                                                                             |    |     |  |  |
| 特筆すべき事項<br>(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<br><input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                  | <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<br><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<br>支援事業所名                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                  |                                                                                           |                                                                                                       |  |  |                                           | 担当ケアマネジャー      |                                                       |                                                       |                                                                                             |    |     |  |  |
|                        | 他施設への<br>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む                                                                |  |  |                                           |                |                                                       |                                                       |                                                                                             |    |     |  |  |
|                        |                                                                                                                                                                                                                       | ※ 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。