

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 平成 年 月 日

指定介護老人福祉施設:地域密着型特別養護老人ホーム いこいの結 施設長 様

申込者 連絡者	住所	〒 -		
<input type="checkbox"/> ご本人	ふりがな			
<input type="checkbox"/> ご家族	氏名			
<input type="checkbox"/> 代理人	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	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"/> 申込者住所	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒				
要介護認定 状況	被保険者番号						保険者		
	要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護1						
	認定の有効期間		平成 年 月 日 ~ 年 月 日						
	介護保険負担割合		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割						
特筆すべき事項 (特列入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している		<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		
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である						<input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生		
介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 介護保険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/週 <input type="checkbox"/> 3~4日/週 <input type="checkbox"/> 5~7日/週						
住環境	ご本人の居所	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている							
		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)						
		施設・病院に入所・入院中(施設名・病院名 )							
		入所または入院時期 ( 年 月から )							
		「入院」の場合、入院となった理由( )							
	退院・退所の見込み	<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								
介護環境	特記事項(不便な場所)								

裏面もあります

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
	入所申込理由(複数回答可)	<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」、「障がい」、「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、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 他の施設に入院・入所中だが、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他( )				
	同居以外の援助者	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族・援助者なし				
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"/> なし				
		<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻) <input type="checkbox"/> 経管栄養(腸) <input type="checkbox"/> 経管栄養(食道) <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ				
		<input type="checkbox"/> 人工透析 <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"/> 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			
	他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み		
		<input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んでいる(予定含む) ( 箇所)				
		※既に申込んでいる施設名:				
		特養待機期間	年	か月		
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにでも入所したい <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	後期高齢・その他( )				
	年金種別	国民・厚生・共済・その他( )				
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					

※)介護保険の被保険者証・介護保険負担割合証をご持参の上、施設に提示して下さい。

※)要介護度が変わった際や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、施設へお知らせください。

※)必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。