

特別養護老人ホーム共通入所申込書

申込日：令和 年 月 日

申込者氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____

住所 _____

主 介 護 者	氏名		生年月日	
	住所		続柄	

入所希望者の状況 (※印欄は施設にて記入しますので介護保険被保険者証をご持参ください。)

フリガナ		性別		※保険者名	
氏 名		男 女		※被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)			※要介護度	1・2・3・4・5
現住所	〒 _____ TEL _____			※有効認定期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日
現 況	食 事	<input type="checkbox"/> 経口 (・常食・きざみ・ミキサー) 自立・一部介助・全介助 <input type="checkbox"/> 経管 (・経鼻・胃ろう・腸ろう)			
	認知症(周辺症状)				
	現在生活しているところ	<input type="checkbox"/> 自 宅 主治医：() <input type="checkbox"/> 病院名 () <input type="checkbox"/> 施設名 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	担当ケアマネジャー	事業所名： _____ 氏名： _____			
	障がい者・療育手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり 障がい者手帳 (種類： _____ : _____ 級) <input type="checkbox"/> あり 療 育 手 帳 (_____ 級)			
	入院・施設に入所している場合	<input type="checkbox"/> 早期の退院、退所を求められている			
	医療行為の必要性	<input type="checkbox"/> あり・褥瘡・人工透析・吸痰・在宅酸素・インスリン ・その他 (_____)			
既往症					

同意書

介護保険サービスの円滑な運営を支援するため次のことについて同意します。

1. 入所検討委員会が必要とした場合「介護認定審査会資料」を市町から得ること。(個人情報の取り扱い)
2. 市町から要求があった場合、この申込みにかかる情報を提出すること。(個人情報の取り扱い)
3. 入所検討の際、必要な情報を、申込者・ご家族・関係機関等から聴取すること。(個人情報の取り扱い)

令和 年 月 日 _____ 氏 名 _____ 印

入所希望施設 ※お申し込みの施設に希望順位を数字でご記入ください。

	あけはま荘	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個・多		皆 楽 園	個室のみ
	松 葉 寮	多床室のみ		ユニット型松葉寮	個室のみ
	開 明 の 杜	個室のみ			

介護者の状況及び生活環境

<input type="checkbox"/> 介護者なし	
<input type="checkbox"/> 介護者あり	・高齢 ・就労中 ・育児中 ・病弱 ・他に介護している。
<input type="checkbox"/> 介護の協力者あり	
<input type="checkbox"/> 在宅サービスあり	・デイサービス ・ショートステイ ・訪問ヘルパー ・訪問リハビリ ・その他サービス（)
<input type="checkbox"/> 住環境の問題あり	
<p>自宅での生活が難しい理由をご記入ください。</p> <p>介護上の悩みや困っていることをご記入ください。</p>	

家族等連絡先

氏名	続柄	職業	住所	電話番号	希望連絡日時

◎主介護者 △副介護者 ☆キーパーソン

特例入所に該当すると認められるやむを得ない事由等

1. 指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について（老高発 1212 第 1 号/厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）2-(1)の①～④のうち該当すると認められるもの（該当項目を選択し○を記入）

<input type="checkbox"/>	① 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
<input type="checkbox"/>	② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
<input type="checkbox"/>	③ 家族等による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
<input type="checkbox"/>	④ 単身世帯である者及び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ない者であって、介護サービスや生活支援の供給が不十分である
<input type="checkbox"/>	⑤ 上記の要件に該当しない

2. 上記事由の詳細等

--

受付：令和 年 月 日

受付職員：

所属施設：

※お申し込み施設が複数の場合→受付職員が該当施設に申込書・介護保険証を転送すること。