

提出日 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム 東光園春日 入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。 年 月 日 (入所申込者) 名前 ㊟
-----	--

申請者 (連絡先)	〒 _____ 住所	名前	_____
		電話	( _____ )
		携帯	( _____ )
		入所申込者との関係	_____

入所申込者の状況	フリカゝナ	_____	性別	_____	保険者	_____
	名前	_____ 印	男・女	_____	被保険者番号	_____
	生年月日	_____ 年 月 日	要介護状態区分	_____	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )	_____
	現住所	〒 _____	要介護認定有効期間	_____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで		
	状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所, 入院中の方は次の項目にご記入ください) ※施設名又は病院名: _____ ※所在地: _____ ※入所又は入院時期: _____ 年 月 頃から _____				
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所, 浴室, 階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
	特例入所の理由	<u>〔要介護1又は2の入所申込者のみ記入〕</u> ※在宅生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障がい・精神障がい等, 単身世帯・同居家族が高齢等により, 在宅生活が困難な状態であることがわかるように)				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 頃 (まで・以降) に入所したい				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
	特養申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みをしている (申込みをしている施設名: _____)				

主介護者	フリカゝナ	_____	性別	_____	本人との関係	_____
	名前	_____	男・女	_____	生年月日	_____ 年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				

その他の介護者	名前	_____	年齢	_____	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	_____
	名前	_____	年齢	_____	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係	_____

入所の 必要性	【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕	
	備考	担当ケア マネジャー
	<input type="checkbox"/> いる	※事業所名（ ）名前（ ）
	<input type="checkbox"/> いない	

【施設記入欄】
---------

**お願い**

入所申込者の要介護度や住所の変更等、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、入所申込者がお亡くなりになられた場合、他の介護老人福祉施設等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。

連絡をいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

# 調査票

記入日	年 月 日		記入者	名前		入所申込者との関係		
				所属				
				所属住所	〒			
				電話	( ) -			
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	年 月 日		施設記入欄	
	名前							
	現住所	〒						
	医療状況	現在治療中の病名						
		主治医病院名・病院住所・担当医師名						
在宅サービス利用率	( )	※申込日の属する月の前3か月について、[利用単位合計÷支給限度額合計](少数点以下四捨五入)により算出						
入所申込者の身体状況等	視力	□普通 □弱視 □全盲 眼鏡使用: □有 □無		着脱衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	聴力	□普通 □やや難聴 □難聴 補聴器使用: □有 □無		排泄	□トイレ □ポータブルトイレ □オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)			
	意思疎通	□可 □ときどき可 □ほとんど不可 □不可		移動	□歩行(自力・杖・歩行器) □車椅子(自力・介助) □不可			
	食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □胃瘻		入浴	□自立 □一部介助 □全介助			
	整容	洗面: □自立 □一部介助 □全介助 歯磨き: □自立 □一部介助 □全介助 入れ歯: □有 □無						
認知症・精神状態等	□認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度: ( )〕 □認知症の行動・心理症状(BPSD)有 □精神障がい有 □知的障がい有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神障がい等に伴う行動や症状等を具体的に記載							
	( ) □特になし							
手帳の有無	身体障がい者手帳 □無 □有(種 級/障がい名: ( ))							
	療育手帳 □無 □有(等級: ( ))							
	精神障がい者保健福祉手帳 □無 □有(等級: ( ))							

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	介護支援専門員等の意見	
介護	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
支	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容：	)
援	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：	)
専	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容：	)
門	<input type="checkbox"/> 住環境 内容：	)
員	<input type="checkbox"/> その他 内容	)
等		
の	その他特記事項	
意	.....	
見	.....	
	.....	
	.....	
	.....	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している方が記入してください。