

特別養護老人ホーム入居申込書

特別養護老人ホーム東野の家 施設長

殿

申込日 年 月 日

(受付 . . .)

施設を利用したいので、次の通り申し込みます。

(太枠内をご記入ください)

①入居希望者	ふりがな				男・女	生	年	月	日												
	氏名					M・T・S	年	月	日生(満 歳)												
	現住所	〒 -																			
②申込代理人	ふりがな			続柄																	
	氏名			③連絡先	ふりがな			続柄													
	住所	〒 -		住所	〒 -																
	TEL.	() -		TEL.	() -																
	携帯電話	- -		携帯電話	- -																
④現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 他所利用中 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">病院又は施設</td> <td style="width: 20%;">名称</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">入院又は利用期間</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">～</td> </tr> </table> 介護保険(No.) 要介護度 1 2 3 4 5				病院又は施設	名称				住所			入院又は利用期間		～		⑤入居申込み事情	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 主介護者が病気入院等で介護が不可能なため <input type="checkbox"/> 主介護者が高齢で十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 主介護者が就業していて十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 主介護者が病気療養中、障害を有するため <input type="checkbox"/> 病院、施設から退所を求められたが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()			
	病院又は施設	名称																			
		住所																			
	入院又は利用期間		～																		
	健康保険	種別記号・番号			⑥特例入所関連事項	要介護 1・2 の方は以下の該当事項を選んで下さい															
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (級、 種)			<input type="checkbox"/> 認知症で日常生活に支障あり・行動や意思疎通難 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害で日常生活に支障あり・ 〃 <input type="checkbox"/> 家族等からの虐待で心身の安全・安心確保難 <input type="checkbox"/> 単身世帯で日常生活を送るのが困難 <input type="checkbox"/> 同居家族が高齢又は病弱で家族等の支援期待難																	
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																				
衣服脱着	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																				
⑦介護に関する状況	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																			
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼間)																			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【主食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食																			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない																			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> 全く聞えない																			
	意思伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない																			
	認知症発生頻度	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他()																			
		<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週 3～4 回程度 <input type="checkbox"/> 週 1～2 回程度 <input type="checkbox"/> 月に数回程度																			
	⑧医療関係事項	特別な医療的対応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他()																		
			(現在治療中の病気、その他健康状態に関する特記事項)																		

⑨ 確認事項	・ご本人収入等 □年金種類（ 共済 厚生 国民 遺族 障害 ） 年間振込額 _____ 円 その他収入 □有 □無 種類(_____) 年収(_____ 円) ・世帯の経済状況 □経済的には特に問題ない □経済的にやや不安 □世帯全員が市民税非課税 ・支払代行者 □氏名 (続柄) _____							
	⑩ 家族の状況	氏名 (主介護者□にレ点)	続柄	年齢	勤務先	年収 (千円)	同居別居の 区分	別居の場合 住所 Tel
□						□同 □別		
□						□同 □別		
□						□同 □別		
□						□同 □別		
□						□同 □別		
□						□同 □別		
介護協力者の有無	□有(□同居親族 □同居以外の親族 □親族以外の協力者) □無…協力者がいない							
他の要介護者等の □有 □無	□育児に必要な家族がいる(子供の年齢 _____ 歳) □3か月以上看病(付添)に必要な家族がいる(自宅療養・入院) □入居希望者以外に介護に必要な家族がいる(要支援・要介護 1 2 3 4 5) □介護に必要な障害を有する家族がいる (_____ 級・種類 _____)							
⑪ 入居希望時期	□今すぐ入居したい □令和 _____ 年 _____ 月頃までには入居したい				⑬ 家族の構成図			
⑫ 他施設申込状況	□当施設のみ申し込みしている □他の施設にも申し込みしている又は申し込み予定 (申し込んだ施設名 _____) (申し込み予定施設名 _____)							
⑭ 担当介護支援専門員	氏名 _____ 連絡先 (_____) _____ 事業所名 _____							
⑮ 説明確認	私は入居申込に際し □入居順位の決定方法 □特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有すること について施設から説明を受けました。 □なお、施設が必要の範囲において、私及び家族等に関する個人情報等を市町村、担当居宅介護 支援事業所、他の居宅サービス事業所、介護保険施設及び医療機関から収集することに同意し ます。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ (ご本人との続柄 _____)							
東野の家 受付担当者	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印							

※介護保険被保険者証と、現在在宅でお過ごしの方は直近3か月のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。