

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入居申込書

申込日 年 月 日

特別養護老人ホーム 希望 施設長 様

申込者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 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居したいので申し込みます。

入居申し込みの 主な理由 (いずれか1つに 印を付ける)	<input type="checkbox"/> ①介護者が不在	<input type="checkbox"/> ②介護者が遠距離・入院等	<input type="checkbox"/> ③介護者が要介護状態・病気療養中等
	<input type="checkbox"/> ④介護者が要支援状態・高齢者	<input type="checkbox"/> ⑤介護者が複数の育児や介護の状態	
	<input type="checkbox"/> ⑥介護者が就労	<input type="checkbox"/> ⑦介護者の身体的・精神的負担	<input type="checkbox"/> ⑧住居の構造が車イス使用に不適
	<input type="checkbox"/> ⑨便所、浴室の構造が不適	<input type="checkbox"/> ⑩施設退所後の在宅での介護が困難	
	<input type="checkbox"/> ⑪長期入院後の在宅での介護が困難	<input type="checkbox"/> ⑫その他()	

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	<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	年 月 日 ~ 年 月 日									

特 例 入 所 要 件 (要介護1又は2の方)	<申請者の判断で、該当すると思われる項目を選択して下さい>										
	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる										
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる										
	<input type="checkbox"/> 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"/> 単身世帯、同居家族が高齢又は病弱である等の理由により、家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービス支援の供給が不十分である											

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		

指定居宅サービスの利用状況	<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)			
病院、介護保険施設等への入院(入所)の状況	病院名 施設名				入院等の時期(年 月 頃)
	退院等の 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 困難の理由				
特筆すべき事項	<input type="checkbox"/> 認知症により日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 認知症自立度Ⅲa以上	<input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等による日常生活に支障を来す症状・行動		<input type="checkbox"/> 虐待が疑われる
	<input type="checkbox"/> 単身世帯又は同居家族が高齢又は病弱	<input type="checkbox"/> 介護サービスや生活支援の供給が不十分	<input type="checkbox"/> 介護者が急死又は長期入院		<input type="checkbox"/> 経済的困窮
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"/> 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"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()			
参考事項	居宅介護支援事業所			担当ケアマネジャー	
	他の施設への申込	<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み	
		※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			
	行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 弄便 <input type="checkbox"/> その他()			
健康保険種別			年金種別		
入居希望者の現況					

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。

応対者:
