

入 所 申 込 書

入所希望施設 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 悠縁 <input type="checkbox"/> グループホーム 楽笑
-------------------	--

申請日 令和 年 月 日

施設へ入所したいので、申し込みます。

※該当する項目に○、□にレ点を記入

フリガナ			
申請者氏名			入所希望者との続柄
住所	〒 -		
電話番号	①	自宅・勤務先(名称:) その他()	
	②	自宅・勤務先(名称:) その他()	
	③	自宅・勤務先(名称:) その他()	

(注)電話番号は今後の連絡先として使用いたしますので、連絡が取りやすい番号をご記入下さい。

※介護保険の内容は介護保険被保険者証をご確認のうえ、ご記入下さい。

入所希望者の状況	氏名	(フリガナ)	性別	生年月日		
			男・女	明治・大正・昭和	年 月 日	
	住所	〒 -		電話番号		
	介護保険	被保険者番号		保険者番号		
		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			
		要介護認定期間	平成 年 月 日 ~		平成 年 月 日	
		担当ケアマネジャー	事業所名		担当者	
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で独り暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と生活 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院にいる				
		入所または入院している施設名		入所・入院期間	平成 年 月 日か 令和 年 月 日	
	家族状況	本人と同居している主なご家族(本人を除く)、独り暮らしや高齢者世帯の場合は別居しているご家族についてご記入下さい。また、主たる介護者の氏名の欄に○をつけて下さい。				
氏名		続柄	年齢	同居の有無	住所(本人と同居の場合は不要)	
				同・別		
				同・別		
				同・別		
入所申込理由	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期を希望 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内				
	<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」、「障害」、「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、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため <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、退所や退院を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他() ※該当するものすべてにチェックを記入してください					
他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設への申し込みのみ <input type="checkbox"/> 他施設へ申し込み済み(施設名:)					

入所希望者の状況	主治医	医療機関名		主治医氏名		
	医療状況	現病名		既往歴		
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	日常生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		(食形態)	主食: 普通食・お粥・ミキサー食 副食: 普通食・一口大・刻み食・ミキサー食			
		排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ使用 常時・夜間のみ			
		入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		着替え	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		移動(状況)	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
<input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり						
視力		<input type="checkbox"/> 特に問題ない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> 見えない				
聴力		<input type="checkbox"/> 特に問題ない <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 聞こえない				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難					
認知症状	気になる症状・困っている行動等があればご記入下さい					
サービス利用	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
	訪問リハビリ	回/月	福祉用具貸与	品目		
	デイサービス	回/月	事業所	ショートステイ	回/月	事業所
	その他					

※要介護1または要介護2の方のみ、該当する項目にチェックをお願いします(特養希望者のみ)

<input type="checkbox"/>	認知症のため、日常生活に支障をきたすような症状や行動、意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状況である。
<input type="checkbox"/>	知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状や行動、意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状況である。
<input type="checkbox"/>	家族などによる深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
<input type="checkbox"/>	単身世帯であるか同居家族が高齢または病弱である等により、家族などによる支援が期待できず、且つ地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である。

同意欄	個人情報の使用・収集について	
	<input type="checkbox"/>	施設への入所判定および入所順位決定のために必要な範囲において、入所希望者およびその家族についての情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・介護保険事業所、医療機関から収集する場合があります。
	<input type="checkbox"/>	都道府県や市町村が実施する、介護保険施設への入所申し込み状況に関する調査において、関係機関から依頼があった場合に個人情報を報告する場合があります。
	個人情報の使用・収集についての説明を受け、その使用について同意します。	
	令和 年 月 日	入所希望者名
		家族氏名

※施設使用欄

入所申請	受付	令和 年 月 日	担当者
入所辞退連絡	受付	令和 年 月 日	担当者
	辞退理由	<input type="checkbox"/> 辞退 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()	