

地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）「 」入所申込書

令和 年 月 日申し込み

申込者氏名	(ふりがな) やまがた いちろう 山形 一郎	続柄	長男
住所	〒 990-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇		
電話	自宅	023 (600) 1234	携帯電話 090-0000-0000
	勤務先	()	名称
入所希望者本人の同意の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不可能	
入所前の住所変更について		<input checked="" type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 不可能	

注) 入所申込は本人及び家族そのほかとなりますが、同意の欄と同じ場合は押印は不要です。

注) 電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

貴特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	氏名	(ふりがな) やまがた はなこ 山形 花子										性別	女										
	現住所	〒 990-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇										電話番号	023 (600) 1234										
	介護保険	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	保険者名	〇〇市									
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input checked="" 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	H〇〇年 4月 〇日 ~ H〇〇年 3月〇〇日 <input type="checkbox"/> 申請中																				
	担当ケアマネジャー	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	(ふりがな) 氏名 〇〇 〇〇 事業所名 居宅介護支援事業所〇〇〇 事業所所在地 〇〇市 電話 023 (600) 〇〇〇〇																				
	健康保険	(種別・記号番号) 後期高齢者医療被保険者証 01234567																					
	年金等	(種別) 厚生年金										支給年額 約 〇〇万円											
		(種別)										支給年額											
	生活保護受給	あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし										重度心身医療証受給 <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし											
	障害者手帳等	手帳の種類 身体障害者手帳 (障害名: 〇〇〇機能障害) 判定 2 級(度) H〇〇年 〇月 〇日																					
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅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"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護 <input type="checkbox"/> その他()																					
		<input checked="" type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他()																					
		施設名又は病院名 (〇〇〇〇〇〇病院 所在市町村名: 〇〇市) 入所又は入院の時期: 平成〇〇年〇〇月頃																					
	主たる介護者	(ふりがな) やまがた まるこ 山形 〇子										性別	男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女										
										本人との関係	長男の妻												
家族構成	氏名	続柄	年齢	同・別	氏名	続柄	年齢	同・別															
	山形 一郎	長男	〇歳	同・別																			
	山形 〇子	長男の妻	〇歳	同・別																			
	山形 二郎	二男	〇歳	同・別																			
身元引受人	契約代理になっていただける方 (氏名) 山形 一郎										(続柄) 長男												

入 所 希 望 者 の 状 況	主 治 医	(ふりがな) 氏名 ○○ ○○○	医療機関名 ○○○○○○病院	
		医療機関所在地 ○○○市○○町○○番地		電話
入 所 希 望 者 の 日 常 生 活 状 況	医療の状況	病歴（現病名： 糖尿病、高脂血症、アルツハイマー型認知症 ） （既往歴： 誤嚥性肺炎、右大腿部頸部骨折手術 ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう・食道ろう） <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA その他感染症（ ）		
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症（ <u>重い</u> ・ 軽い ・ なし ） <input type="checkbox"/> 特筆すべき行動（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 同じ話を何度もする <input checked="" type="checkbox"/> すぐ前にあったことを忘れる <input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない <input type="checkbox"/> 知人の顔がわからない <input type="checkbox"/> 今までしていた事ができなくなる <input type="checkbox"/> 判断能力が低下している <input type="checkbox"/> 食事の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 排泄の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 幻覚症状がある <input checked="" type="checkbox"/> 妄想的な言動がある <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない <input type="checkbox"/> 視力に問題がある： 具体的に..... <input type="checkbox"/> 聴力に問題がある： 具体的に.....			
入 所 の 希 望 理 由	歩 行… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 食 事… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 粥食 <input checked="" type="checkbox"/> （ 細菜食 ） 入 浴… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 オムツ… <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し トイレ… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	<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 checked="" type="checkbox"/> 介護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 checked="" type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため 特記事項(具体的な事情など) 現在、○○○病院に入院中であるが、病院からは○頃に退院との話しがあり、私達夫婦は仕事もしており、自宅での介護が難しい事から、特養への入所を希望します。			
特 例 入 所 の 要 件 ・ 理 由	※要介護1及び2の方は必ず記入して下さい <input checked="" type="checkbox"/> 認知症で、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"/> 単身世帯である、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ず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である 理由（具体的な状況など） 家族に対して、金銭を使った、服を隠した等の被害妄想がみられ、その都度説明し、納得するも、数分すると同様の話が繰り返し行われ、精神的に負担となっている。			
	説明確認及び情報収集に係る同意 私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とする為、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。 なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げします。 令和 年 月 日 入所希望者名 山形 花子 同上家族氏名 山形 一郎			