

標準入所申込書

(記入例)

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
※ 受付後 5年間保存します		受付時間	午前・午後 時 分

施設長 殿

申込者(連絡先)

住所	〒243-0803 神奈川県厚木市山際1350-1		
(フリガナ)	カンロ タロウ	電話番号	046 (246) 0158
氏名	甘露 太郎	携帯電話	080-▲▲▲▲-0000

申込者(ご家族様) : 申込者の連絡先を記入してください  
今後、施設より状況の問い合わせをさせていただきます

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)	カンロ コウキチ		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女
	氏名	甘露 耕吉		住民登録	厚木市 <input type="radio"/> 市 · 区 · 町 · 村
	現住所	〒 243-0803 神奈川県厚木市山際 1350-1 電話 046 (246) 0158			
	生年月日	明 · 大 · 昭	9 年	1 2 月	3 1 日 ( 87 歳 )
	健康保険	種別	後期高齢者健康保険	記号 · 番号	
	年金等	種別	厚生年金 · 企業年金		
	障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種別 _____ (障害名 _____ ) (判定 級(度) 年 月 日)			
	介護保険	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	要介護認定	【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常性を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められることが必要です。 ①認知症である者であって、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、②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、③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、④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、という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降に各欄に具体的な状況を記載してください。 (認定期間) R 5 年 5 月 24 日 ~ R 7 年 6 月 31 日			
	現在利用している施設サービス等	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院)している場合) 施設名又は病院名 ○○老人保健施設 (所在地) 厚木市 <input type="radio"/> 市 · 区 · 町 · 村 入所又は入院期間 令和3年5月26日 ~			

住民登録 : 住民票のある場所をご記入ください。

健康保険、年金の種別をご記入ください。

介護保険証の番号を記入し、該当する要介護度を□にレ点チェックを付けてください。

認定期間を正確にご記入ください。

現在ご利用になられている施設、(病院名)、所在地  
入所期間(入院期間)をご記入ください

※ 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入所希望者の状況	現在利用している施設在宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 8回程度) ( OOデイ ) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援
	※1 当該するものすべてを選んでください	
身体状況	食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類) (主食) <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (排泄の拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。	
	認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする
自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

現在ご利用になられている介護サービスを出来るだけ詳しくご記入ください。

現在の生活における身体状況を□にレ点チェックしてください。ケアマネージャーさんが知っている事もありますので、ご相談ください。

身体状況で補足すべき点がありましたら具体的に記入ください。




認知症状に関して当てはまる箇所にレ点チェックを入れてください。

認知症状に関して具体的に症状などをご記入ください

入所希望者の状況	医療的処置 ※該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (現在治療中の病気)																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>糖尿病</td> <td>〇〇総合病院</td> <td>R2年 2月~</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月~</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月~</td> </tr> <tr> <td>内服薬</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> (既往歴)				病名	入院・通院病院	期間	糖尿病	〇〇総合病院	R2年 2月~			年 月~			年 月~	内服薬			感染症	
病名	入院・通院病院	期間																				
糖尿病	〇〇総合病院	R2年 2月~																				
		年 月~																				
		年 月~																				
内服薬																						
感染症																						
入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合は除く)	<input checked="" type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意思は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ( )																					
家族や住居等の状況	入所を希望する理由 ※該当するものをすべて選んでください。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院している等の状況あり介護できない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況あり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい  <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"/> 住所の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所 (退院) を求められているが、在宅の介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載してください。)																					
主な介護者	(フリガナ)	甘露 幸子	性別	年齢/生年月日	( 4 6 歳)																	
	氏名		男・女	明大昭平	51年 2月 21日																	
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居   住所 〒   電話 ( )																				
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )																				
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input checked="" type="checkbox"/> いない																				
意見	(介護をしている上で特に困ったこと) _____ _____																					


- ← 医療処置に該当する□にレ点チェックを記入してください。
- ← 現在の状況で該当する箇所に□にレ点チェックし、利用回数を記入してください。また病院名もご記入ください
- ← 過去、病気にかかり通院入院した経緯をご記入ください。
- ← 当てはまる箇所にレ点チェックを記入してください。
- ← ご家族様の状況等にあればまる箇所にレ点チェックを記入してください。
- ← ご家族様が困っていること等具体的に記入してください。
- ← 主な介護者：同居の場合は住所未記入でも構いません。
- ← 介護している上でお困りの点をご記入ください。

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input checked="" type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設の申込み状況	<input checked="" type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる。 (他の施設名) <b>特別養護老人ホーム ○○ホーム</b> <hr/> <hr/>



 どのくらいの期間で入所をご希望なのかを記入してください。  

 他の施設に申し込みをされている場合は、記入してください。(他の施設を申込されていても入所順に影響はありません。)  

 担当ケアマネジャーの氏名、事業者名を記入してください。

担当ケアマネジャー	氏名	<b>施設 太郎</b>	連絡先	電話 ( )
	事業所名	<b>居宅介護支援事業所 ○○サービス</b>		


備考	本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況について記入してください。 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
----	---


 これまで、記入していただいた他に、どうしてもこれだけは書いておきたいことがあれば、ご記入ください。  
 (内容はなんでも構いません)


おねがい	入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
------	--


 この部分は必ずお読みください。

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込に関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことに同意します。 <input type="checkbox"/> 申込から2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。  入所希望者氏名 <b>甘露 耕吉</b> 印 申込者氏名 <b>甘露 太郎</b> 印
-------	--


 同意確認欄はよくお読みになり、必ず署名捺印をお願い致します。

説明確認欄	私は、入所申込に際し、入所申込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。  <div style="text-align: right;">(本人との続柄)</div> 年 月 日 氏名 <b>甘露 太郎</b> (長男)
-------	---


 記入した年月日を記入していただければと思います。  
 ※記入の仕方でわからないことがあれば、当苑に連絡をいただければと思います。