

標準入所申込書

申し込み日	年	月	日	受付	年	月	日
※受付後5年間保存します				受付時間	午前	・	午後
					時	分	

特別養護老人ホーム 甘露苑 施設長 殿

申込者（連絡先）

※黒い太枠内をご記載下さい。

住所 〒 _____	
(フリガナ)	
氏名	携帯番号 ()
	電話番号 ()

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)		性別	男	・	女					
	氏名		住民登録地	市・区・町・村							
	住所	〒 _____									
		電話番号 ()									
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)					
	健康保険	種別		記号・番号							
	年金	種別									
	障害者手帳	<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									
	要介護認定	<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等が見られる。 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り支援が期待できず、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のページ以降に各欄に具体的に記載をしてください。 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日									
現在利用している施設サービス等	<input 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 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%;">施設又は病院名</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>(所在地)</td> <td>_____ 市・区・町・村</td> </tr> <tr> <td>入所又は入院期間</td> <td>_____</td> </tr> </table>					施設又は病院名	_____	(所在地)	_____ 市・区・町・村	入所又は入院期間	_____
施設又は病院名	_____										
(所在地)	_____ 市・区・町・村										
入所又は入院期間	_____										

※ 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定（期間）については、介護保険被保険者証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 type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) 【 】 <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 (月に 回程度) 【 】 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 (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・購入支援 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援
	※1該当するものを全て選んでください。 ※2 () 内に事業所名を記載してください。	
入所希望者の状況	食事摂取	<input 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"/> 全介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input 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 type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<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"/> 寝たきり (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助)
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input 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 type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声で聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	<input type="checkbox"/> 補足すべき身体の状況について、具体的に記載してください	
認知症・精神状態の症状	<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 type="checkbox"/> 日常生活に使用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出来る <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"/> 著しい精神状態や問題行動は見られ、専門医を必要とする <input type="checkbox"/> 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動 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 	

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐにでも入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先に入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なったときに入所したい
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ入所申込をしている <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる < 施設名 > _____ _____

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	TEL	()
	事業者名				

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。 _____ _____ _____ _____
----	---

おねがい	入所希望者の要介護度や家族等の介護状況等、本入所申込に記載した事項が変わった場合、若しくは入所希望者がご逝去された場合、あるいは他の施設等に入所した場合は必ず当時節にご連絡をください。
------	--

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込に関する情報について、市町村又は状況把握のため提示を求められた場合には、施設がこれを提供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な場合には、入所申込に関する情報が市町村に提示して意見を求め、報告を行う事に同意します。 <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応答がなく、施設が入所希望者の状況を把握することが出来ない場合には、本申込を無効とすることについて同意します。 <div style="text-align: right;"> 入所希望者氏名 印 申込者氏名 印 </div>
-------	---

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) _____年 _____月 _____日 _____氏名 () </div>
-------	--