

入所申込書

特別養護老人ホーム日本原荘(従来型)(ユニット型)

荘長 福原文徳 殿

申込み提出日 平成 年 月 日

入所希望者

フリガナ			保険者(市町村名)			
氏名			被保険者番号			
			要介護度	要介護	1	2
性別	男	女	認定有効期間	平成	年	月
生年月日	明・大・昭	年		月	日	平成
現住所	〒		電話番号 ()			
現在居るところ	<input type="checkbox"/> 自宅					
	<input type="checkbox"/> 入院・入所先			施設名		
家族・申込者	氏名		続柄	生年月日	大・昭・平	年 月 日
	住所	〒		電話番号	()	
				携帯番号	()	
居宅介護支援事業者	事業所名		担当者名	電話番号 ()		
介護の状況	<input type="checkbox"/> 内は該当する番号1つにチェック					
	1. 身寄りがなく、介護する者がいない					
	2. 介護する者がいない(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住)					
	3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある)					
	4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している)					
	5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。					
	6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 *上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。					
入所者本人の状況	<input type="checkbox"/> 内は該当する番号1つにチェック					
	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他()					
	2. 病院 (病院名:) 入院:平成 年 月から					
	3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護(<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回)					
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴(<input type="checkbox"/> 週1回以上)					
	<input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション(<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回)					
	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護					
	<input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション(<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回)					
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護					
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護(最近3か月の利用日数合計 _____ 日)						
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護						
<input type="checkbox"/> 複合型サービス						
他施設の申込状況	施設名1			申込 予定・済	(申込時期	年 月頃)
	施設名2			申込 予定・済	(申込時期	年 月頃)
	施設名3			申込 予定・済	(申込時期	年 月頃)

希望の施設

↓特別養護老人ホーム日本原荘(ユニット型) ↓特別養護老人ホーム日本原荘(従来型)

<input type="checkbox"/> ユニット型施設入所希望	<input type="checkbox"/> 従来型個室希望	<input type="checkbox"/> 多床室希望	<input type="checkbox"/> どちらも申し込む
--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

入所希望者の状況 (具体的に御記入下さい)

1 身体 の 状況 について (麻痺 や 拘縮 等 身体 状況 や 移動 ・ 食事 ・ 排泄 等 の 介護 を 要 する 状況)			
移動	<input type="checkbox"/> 歩行可(杖・歩行器・老人車)	<input type="checkbox"/> 車椅子(普通・リクライニング)	<input type="checkbox"/> 離床していない <input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べれる	<input type="checkbox"/> いくらか介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他
排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部おむつ	<input type="checkbox"/> 常におむつ <input type="checkbox"/> その他
その他			
2 認知症等について (介護や見守りを要する症状や介護者が困っている言動)			
<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 日時がわからない	<input type="checkbox"/> 場所がわからない
<input type="checkbox"/> その他	[
3 医療 の 状況 について (特に注意を要する事項・医療器具の使用など介護や看護を要する疾患等)			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう等)	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル	<input type="checkbox"/> インシュリン注射
<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> その他()
現在治療中の傷病名			

生活歴 (出生・学校・職業・結婚・子供・趣味・入院・介護サービス利用等可能な範囲内で御記入ください)	
・出生場所	・入院など
・学校	
・職業	・介護が必要になった状況など
・結婚	
・その他	家族構成 <input type="checkbox"/> 本人(男) <input checked="" type="checkbox"/> 本人(女) <input type="checkbox"/> 本人以外(男) <input type="checkbox"/> 本人以外(女) <input checked="" type="checkbox"/> 故人(男) <input checked="" type="checkbox"/> 故人(女) = 婚姻線 - 血縁線 × 離婚・絶縁
・好きな食べ物、飲み物等	
・趣味、いきがい等	

【説明確認及び同意書】

<ul style="list-style-type: none"> 入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。 入所可能な案内があつたにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。 入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。 施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。 入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村への特例入所の申込み状況及び入所希望者の状況などについて照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。
平成 年 月 日
氏名 印 (続柄)

特例入所要件の有無	有 (詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり) ・ 無
-----------	----------------------------

施設記入	受付者氏名	職種	受付年月日
	備考		

添付書類 (当申込書に添付必要です)

・介護保険被保険者証 (写し) ・薬の説明書 (写し)
