

入 所 申 込 書

総合ケアサービスセンターかつた
施設長 高橋 秀紀 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(歳)						
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	施設種別		
家族・申込者	氏 名			続柄	生年 大・昭・平 年 月 日		
	住 所	〒			電話番号	()	
その他関わりの深い家族	氏名		続柄		氏名		続柄
	氏名		続柄		氏名		続柄
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	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	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						

希望の部屋タイプ

従来型個室のみ希望 多床室のみ希望 どちらでもよい

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 歩行可（杖・歩行器・老人車） 車椅子（普通・リクライニング） 離床していない その他

食事 自分で食べれる いくらか介助が必要 全介助 その他

排泄 自分でできる 一部おむつ 常におむつ 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）

正常 記憶障害 日時がわからない 場所がわからない

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）

なし 経管栄養（経鼻・胃ろう等） 尿管カテーテル インシュリン注射

気管切開 酸素療法 人工肛門 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）

【説明確認及び同意書】

- 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、ならびに入所にあつ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つた場合は、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。

平成 年 月 日 氏名 印 （続柄 ）

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 薬の説明書（コピー）

◎入所申込書の記入方法

記入下さい

入所申込書

特別養護老人ホーム日本原荘
 荘長 福原文徳 殿

申込み提出日 平成 年 月 日

入所希望者

入所希望者の情報を記入ください

ご家族・入所申込者の情報を記入下さい

担当ケアマネジャーがいる場合は記入下さい

介護の状況1～6のうち1つに○を付け、□がある場合にはチェック下さい。また家族状況などを記入下さい。

入所者本人の状況1～3のうち1つに○を付け該当項目にチェック又は記入下さい

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	3	4	5		
性別	男	女	認定有効期間	平成	年	月	日				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	平成	年	月	日			
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	施設種別							
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 ()			
その他関わりの深い家族	氏名			続柄			氏名			続柄	
	氏名			続柄			氏名			続柄	
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	() 該当はする当番番号1つに○を付け、□がある場合はチェック	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	() 居該内及び当はびす該介番項サ号目1つに○を付け、該当項目にチェック又は記入下さい	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											

希望の部屋タイプを
チェック下さい
○ユニット型個室80床
○従来型個室8床
○多床室30床
(内女性部屋22床
男性部屋8床)

希望の部屋タイプ

ユニット型個室のみ希望 従来型個室のみ希望 多床室のみ希望 どちらでもよい

入所希望者の状況 (具体的に御記入下さい)

身体状況について
該当箇所にチェック
し、その他の部分に
詳しい身体状況を
記入ください

認知症などについて
該当箇所にチェックし、
括弧の中に具体的な
内容を記入ください

医療の状況について、
該当箇所にチェックを
し、現在治療中の病気
や過去に大きな病気を
された事がある場合に
は空欄に記入ください

分かる範囲で、生活
歴を、記入ください

1 身体状況について (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 歩行可(杖・歩行器・老人車) 車椅子(普通・リクライニング) 離床していない その他
食事 自分で食べれる いくらか介助が必要 全介助 その他
排泄 自分でできる 一部おむつ 常におむつ 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)
 正常 記憶障害 日時が分からない 場所が分からない
 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)
 なし 経管栄養(経鼻・胃ろう等) 尿管カテーテル インシュリン注射
 気管切開 酸素療法 人工肛門 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)

内容をご確認の上
署名捺印願います

【説明確認及び同意書】

- ・ 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ったにもかかわらず、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。

平成 年 月 日 氏名 印 (続柄)

施設 記入	受付者氏名		職種		受付年月日	
	備考					

介護保険証及びく服
薬している薬の説明
書ののコピーを必ず
添付下さい

添付書類 (当申込書に添付必要です)

・介護保険被保険者証 ・薬の説明書 (コピー)

- * 入所申し込み後、入所申し込み希望者の状態(要介護度、身体状況の変化、居所の変更、申し込み取り下げ希望など)がありましたら必ずご連絡ください。
- ◎ご不明な点がございましたら下記の連絡先までご連絡ください。

総合ケアサービスセンターかつた TEL0868-77-7111
担当 生活相談員 竹本 享平

*** 記入がない箇所がある場合、申込が完了しない場合がありますのでご注意ください。**