

特別養護老人ホーム(市内施設・市外協定施設) 「入所申込書」記入方法

※ 第二万寿園は「入所申込書」が異なります。ご注意ください。

様式第1号(第3条関係)

指定介護老人福祉施設入所申込書

介護保険証の被保険者番号を記入。	被保険者番号							生年月日	年	月	日	歳	介護保険証を発行している市町村を記入。
	ふりがな							性別	保険者				
同居・別居に関わらず記入。	名前							性別	介護度	介護度 1・2・3・4・5			現在の要介護認定を記入。
	住所	〒							電話				
この申込書についての問合せ・書類等の送付先(日中連絡のつくところを記入願います。)													
在宅における形態を記入。入院・入所の方は入院前の状態で記入。	家族等	名前	本人との続柄	主介護者(○印を記入)	住所	電話							
					〒								
					〒								
介護する方が「いる」と答えた方のみ、介護者の状況を記入。複数回答可。	同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる											
	主に介護している方(家族・親族)について	・介護をする方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない											
あてはまるものがあればレ点を付ける。	主に介護している方(家族・親族)の状況について	・下記の項目で該当するものにレ点チェックをお願いします(複数回答可) <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気で治療中(通院状況 月__回) <input type="checkbox"/> 障がいがある(障害手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている(要支援・要介護__) <input type="checkbox"/> 働いている(1日__時間・週__日) <input type="checkbox"/> 育児中(就学前の児童) <input type="checkbox"/> 本人以外にも介護をしている <input type="checkbox"/> 遠方に住んでいる(片道1時間以上)											
	介護に協力してくれる方について(ヘルパーを除く。)	・介護に協力してくれる方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・協力者がいる場合はその方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方()											
入院・入所中の方または住所は自宅だが、親族の家で生活をしている方は「自宅以外」に記入。	お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 自宅はあるが戻れない											
	介護をする上での住宅の問題	<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい <input type="checkbox"/> エレベーターのない2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある											
現在治療中の病気や過去に大きな病気があれば記入。	その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的に) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている (経管栄養・胃ろう・在宅酸素・尿道カテーテル・インシュリン注射・人工肛門人工膀胱・人工透析・その他()) <input type="checkbox"/> 病気がある(具体的な病名)											
		認知症等の症状でよくある行為・困っている行為があれば記入。											

現在受けている介護や治療の様子について

<p>ご自宅以外での介護や治療 (居宅にいらっしゃる方は未記入)</p>	<p>現在いらっしゃるの、</p> <p><input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>○施設の名称 _____) ○入所・入院開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日～</p> <p>現在入院または入所中の施設名を記入。</p> <p>入所・入院開始日です。転院等をされている場合は最初の入院日を記入。</p>
<p>ケアプランなどについて</p>	<p>ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作成している <input type="checkbox"/> 作成していない ※申込み時に直近のサービス利用票別表（毎月のサービスの利用状況がわかるもの）の写しを添付してください。</p> <p>相談できる介護支援専門員(ケアマネージャー)は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名 _____ 事業所名 _____ 電話 _____</p>
<p>在宅サービスについて</p>	<p>在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい</p> <p>サービスや使い方を改善したい 具体的な内容 _____</p>

- ・この申込書に記載されている内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへ施設より提供することに同意します。
- ・介護認定調査票及び主治医意見書を施設関係者へ提供することに同意します。
- ・申し込み状況に変更が生じた場合、速やかに申し出ます。
- ・申込者が身体上等の理由により自署できない場合は、申込者の委任を受けた代理者が申し出ます。

特別養護老人ホーム

 施設長様

希望施設名を記入。

年 月 日

入所希望者名
(代筆でも可)
を記入。

本人氏名 _____

代理者名 _____

代理者 担当介護支援専門員氏名 _____

事業所名 _____

印

本人に代わり申込書を提出する方の氏名を記入。

本人に代わり介護支援専門員(ケアマネージャー)が申込書を提出する場合のみ記入。