

指定介護老人福祉施設入所申込書

被保険者番号									生年月日	明大昭	年	月	日	歳
ふりがな									男・女	保険者				
名前										介護度	要介護 1・2・3・4・5			
住所	〒								電話					
この申込書についての問い合わせ・書類等の送付先(日中連絡のつくところを記入願います)														
家族等	名前	本人との続柄	主介護者 (○印を記入)		住所			電話						
					〒									
					〒									
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												
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"/> 障害がある (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"/> その以外の方 ()												
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												
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)												

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 やる方は未記入)</p>	<p>現在いらっしゃるのは、 <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 () ○施設の名称 _____ ○入所・入院開始日 年 月 日～</p>
<p>ケアプランなど について</p>	<p>ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 使っていない ※申し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）の写しを添付して下さい。 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、 今のままでよい もっと増やしたい 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。

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム

施設長様

本人氏名 _____ 印

代理者名 _____ 印

代理者 担当介護支援専門員氏名

事業所名 _____ 印