

特別養護老人ホーム あがうら 入所申込書 (新規・更新) 【記入例】

【太枠の中をご記入ください】

受付日 令和 年 月 日

申込日	令和 ○年 ○月 ○日	申し込み有効期間	(申込日より3年後) 令和 年 月 日
-----	-------------	----------	---------------------

1. 申込者

ふりがな	かえつたろう	続柄	日中の連絡先
氏 名	かえつ 太郎	長男	① 0250-00-0000 (自宅)
			② 090-0000-0000 (携帯)
			③ 025-000-0000 (会社)
住 所	〒950-0814 新潟市秋葉区東金沢〇〇番地〇		

2. 入所希望者の状況

ふりがな	かえつはなこ	性 別	男 ・ 女
氏 名	かえつ 花子	生年月日	明治 大正 5年 ○月 ○日 昭和 (〇〇歳)
住 所	〒950-0814 新潟市秋葉区東金沢〇〇番地〇		
介護保険	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者名 新潟市
	要介護度	要介護1 要介護2	要介護3 要介護4 要介護5
	認定期間	〇〇年 ○月 ○日 ~ 〇〇年 ○月 ○日	
担 当 介護支援専門員	事業者名	ケアセンター〇〇	
	氏 名	〇〇〇〇	
	電話番号	0250-0000-0000	
健康保険	種 別	1. 後期高齢者医療保険 2. 国民健康保険 3. 社会保険 (政管 組合 船員 日雇い)	
	記号・番号	〇〇〇〇	
障害者手帳等		有り ・ 無し	
	障害名		
	判 定	第 種 級	
受給年金	種 類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 恩給 5. その他 ()	
	年 収	有り ・ 無し	金額 約 〇〇万円/年
		社会福祉法人等利用者負担軽減確認 有り ・ 無し	
		介護保険負担限度額認定証 有り ・ 無し	
	生活保護受給	有り ・ 無し	
現 況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 (同居家族 人)		
	<input type="checkbox"/> 病院 (施設) に入院 (入所) 中 病院・施設の名称		
	年 月 日から入院 (入所) している		

介護サービスの利用状況			
最近（1～2ヶ月）利用された介護サービス			
1. ショートステイ (日/月)	2. デイサービス (1日/週)	3. 訪問看護 (1日/週)	
4. ヘルパー (日/週)	5. 訪問入浴 (日/週)	6. その他 () (日/週)	
医療の状況 治療中の病気	病 名	医療機関名	期 間
	糖尿病	〇〇病院	〇年 〇月～
	高血圧	〇〇診療所	〇年 〇月～
			年 月～
	* ない場合は、「なし」と ご記入ください。		年 月～
既往歴	病 名	医療機関名	期 間
	脳梗塞	〇〇病院	〇年 〇月～ 〇年 〇月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
	* ない場合は、「なし」と ご記入ください。		年 月～ 年 月
次の処置を現在されている方は、該当を○印で囲んでください			
胃ろう	鼻腔栄養	透析	カテーテル
		酸素療法	ストマ（人工肛門）
インシュリン注射	気管切開	その他 ()	
※内服薬・点眼薬・湿布薬などを記入又は、説明書を添付してください。 〇〇医院 〇〇 毎食 〇〇眼科 〇〇 1日3回点眼			
入所希望の理由をご記入ください			
入所時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい		<input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい
居室の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 多床室（2人部屋）	<input type="checkbox"/> ユニット型個室	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
他施設の入所申し込み状況	<input type="checkbox"/> あがうらにのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (施設名 _____) (施設名 _____) (施設名 _____)		

3. ご家族の状況

同居しているご家族の状況

主に介護に携わっている方は◎、介護に携わっていない方は○を、介護者欄に付けてください

介護者	氏名	続柄	年齢	就労の状況	病気・障害等の有無
◎	かえつ〇〇	夫	〇〇	ある ない	腰痛
				ある・ない	
				ある・ない	
				ある・ない	

別居している親族等

氏名	続柄	年齢	就労の状況	介護の協力
かえつ太郎	子	〇〇	ある ・ない	常時可能・ 緊急時可能 ・不可
			ある・ない	常時可能・緊急時可能・不可
			ある・ない	常時可能・緊急時可能・不可

4. 入所希望者のお体の状況

現在のお体の状況について、記入してください

視力	支障なし	弱視 (右・左)	眼鏡	全盲
聴力	支障なし	やや難聴 (右・左)	難聴 (右・左)	補聴器 (有・無)
会話	できる	ある程度できる	できない	
麻痺	無し	有り (部位 右肩)		
食事	自立	見守り	一部介助	全介助 経管栄養 (胃ろう・鼻腔)
	ごはん	米飯	半粥	全粥 ミキサー ムース食
	おかず	普通	きざみ	ミキサー ムース食
	飲み込み	むせない	時々むせる	いつもむせる 水分でむせる
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助
	尿意	有り	時々有り	無し
	便意	有り	時々有り	無し
	昼間	トイレ	尿器	オムツ・紙パンツ等
夜間	トイレ	尿器	オムツ・紙パンツ等	
更衣	自立	見守り	一部介助	全介助
移動	歩行可能	→ 自立	杖	歩行器 シルバーカー
	車いす使用	→ 自立	見守り	一部介助 全介助
移乗		自立	見守り	一部介助 全介助
立ち上がり		自立	見守り	一部介助 全介助
認知症		無し	有り	
特記事項				

5. 説明確認および情報収集に係る同意

私は、貴施設への入所申込みの際し、入所申込み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。

なお、貴施設が入所順位決定のために必要な範囲内において、私（入所希望者およびその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

令和〇年 〇月 〇日

入所希望者 かえつ花子

※ご記入ください

入所希望者の家族 かえつ太郎

6. ご本人の生活やお体の状況、日頃の介護の状況などご自由にお書き下さい

<p>特例入所の要件への該当に関する考え (要介護1又は要介護2の方が入所を申込み場合に記入してください。)</p>	<p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</p> <p><input type="checkbox"/> 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が頻繁にみられる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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等が頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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る支援が期待できず、かつ、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</p> <p>上記要件の具体的な理由</p>

※ご記入ありがとうございました。