

# 入所申込書

申込日：令和 年 月 日

特別養護老人ホーム なぎさの里 施設長 様

申請者	フリガナ 氏名		続柄	
	住所	〒 - 電話 ( ) -		

※ 日中の連絡先 電話 ( ) -

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ)	性別	男・女		
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
入所希望者住所	〒 - 電話番号 -				
介護保険	被保険者番号		市町村名		
	要介護度	要介護度：1・2・3・4・5		認定期間	年 月 日～年 月 日
負担限度額認定証	有 (食費 円、第 段階) 無				
健康保険	(種別・記号番号)				
年金等	1. 種別		2. 年間総額 円		
障害者手帳等	なし・あり→手帳の種類：		級(度)	障害名	
現在の状況	1. 自宅 2. 入所中(施設名 ) 3. 入院中(病院名 )				
入所希望時期	1. 今すぐに入所したい 2. 年 月頃までに入所したい 3. 将来的には入所したい				
他施設申込状況	なし・あり→施設名：				
利用中のサービス	1. デイサービス 2. デイケア 3. 訪問介護 4. 訪問看護 5. 訪問入浴 6. 短期入所 7. その他				
医療の状況	1. 経管栄養 2. 胃ろう 3. フォーレ 4. 人工肛門 5. 酸素療法 6. インスリン注射 7. 透析 8. 気管切開 9. じょくそう 10. その他( )				
	現在治療中の病気				
	病名	入院・通院医療機関名		期間	
				年 月 日～	
				年 月 日～	
既往症					
病名	入院・通院医療機関名		期間		
			年 月 ～ 年 月		
			年 月 ～ 年 月		
			年 月 ～ 年 月		
薬の内容 (内服薬・目薬)			医師から特別に指示があること		
生活歴及び職歴					

家族状況 <独居の方は別居 のご家族（主介護 者）の状況をお書 き下さい>	1. 単身			2. 高齢者夫婦世帯		3. 同居家族あり	
	氏名	続柄	年齢	就労状況（職業）・その他の状況（病気・障害の有無）			

別居家族の協力	あり（常時・随時・緊急時） ・ なし
---------	--------------------

本人の状況 （該当する項目を ○で囲んでくだ さい）	日常生活の状況			心身の状況			
	食 事	自立・一部介助・全介助			視 力	眼鏡使用 → なし・あり	
		主食 → ご飯・おかゆ・その他				弱視→なし・あり（左・右）、全盲	
		副食 → 普通・きざみ・ミキサー				聴 覚	普通・やや難聴・難聴
	歯の状況	自分の歯・部分入歯・総入歯			補聴器使用 → あり・なし		
	移 動	自立・杖・歩行器・伝い歩き			会 話	普通・少し不自由・不自由	
		車椅子（自操・介助）・寝たきり			記 憶	普通・最近のことを忘れる・不能	
	入 浴	自立・一部介助・全介助			じょくそう	なし・あり	
		一般浴槽・座浴・特殊浴槽			アレルギー	なし・あり（ ）	
	排 泄	自立・一部介助・全介助			認知症の 症状等	なし	
ボーマルトル・尿器・おむつ・紙パンツ			あり→徘徊行為・昼夜逆転・不眠				
着 脱 衣	自立・一部介助・全介助			・異食行為・介護抵抗			
起 座	自立・一部介助・全介助・不可			・不潔行為・収集癖			
寝 返 り	自立・一部介助・全介助・不可			・その他（ ）			

その他（入所希望の理由や介護で特に困っていることなど自由にお書きください）

担当の介護 支援専門員	氏 名		連絡先	
	事業所名			

留意事項  
 本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。  
 [連絡先] 特別養護老人ホーム なぎさの里 電話 025-255-3710

説明確認及 び情報収集 に係る同意	下記内容をご確認の方は、□欄にチェックをご記入ください。そのうえで、当施設の方針に同意頂ける方は署名、捺印をお願いします。
	<input type="checkbox"/> 私は、貴施設への入所申込に際し、別紙施設の医療体制等について理解し入所申込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同意します。
	<input type="checkbox"/> 私は、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）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。

私は、貴施設への入所申し込みの有効期間が、入所申し込み日から3年間であること、入所申し込みから3年経過後も申し込みを希望する場合は、更新手続きを行うことに同意します。  
 令和 年 月 日  
 入 所 希 望 者 ⑥  
 入所希望者の家族 ⑥

<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の方が入所を申し込む場合に記入して下さい。)</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> <ul style="list-style-type: none"> <li><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見られる。</li> <li><input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がいを伴い、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。</li> <li><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。</li> <li><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。</li> </ul> <p>上記要件の具体的な理由：</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: right;">入所希望者氏名 _____</p>
--	---