

特別養護老人ホーム入居申込書

説明者	⑩
受付日	年 月 日

藤代なごみの郷 施設長 殿

申込代理人(手続きにお見えになった方)

フリガナ 氏名	続柄
住所	〒 電話 () 携帯 ()

施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名		男 女	明・大・昭 年 月 日 歳
住所	〒 電話 ()		
介護保険	被保険者番号	要介護度	1 2 3 4 5
認定期間	年 月 日から 年 月 日		
健康保険	種別	記号・番号	
年金等	種別		
希望施設	小規模単位型(ユニットケア)		従来型(既存施設)
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所	病院又は施設名 称	
		入院・入所期間	年 月 日～
心 身 状 態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (トイレ・紙パンツ使用・オムツ使用・バルーンカテーテル・人工肛門)	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [主食] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟米 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 [副食] <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> やや出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他()	
	医療の状況	現在治療中の病気・既往歴・特記事項	

利用を希望する理由 該当するものすべてを選んで下さい	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護、育児、看病をしているため十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、在宅での介護が困難であるため <input type="checkbox"/> その他() 【要介護1・2の方について以下の該当するものを選んで下さい】 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している症状・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している症状・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待により、心身の安全・安心の確保が困難である <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できない <input type="checkbox"/> 特記事項()
-----------------------------------	--

家族の状況	氏名 主介護者をチェック	続柄	年齢	職業	同居 別居	別居の場合 住所・電話
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

利用を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには利用したい
-----------	---

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込みをしている <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みをしている (他の施設名) ・
------	---

特記事項	
------	--

担当 介護支援専門員	氏名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄	私は、利用申し込みの際し、 <input type="checkbox"/> 利用順位の決定方法 <input type="checkbox"/> 特列入居の趣旨、留意事項、意見照会のために、施設と市町村間で情報共有すること、また入所判定時に必要な介護認定情報を取得することを施設から説明を受け、同意しました。 平成 年 月 日 氏名:
-------	--

※保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。