

特別養護老人ホームひがしまつやま寿苑 入居申込書

申込No

申込日 令和 年 月 日

受付日 令和 年 月 日

特別養護老人ホームひがしまつやま寿苑
施設長様

申込者

申込み手続き
でご来苑の際に
ご記入いただき
ますので、空欄
のままで結構で
す。

記入例

当苑ご入居後、保証人として契約
して頂ける方を申込者にしてください。

①

〒355-0034	住所		埼玉県東松山市柏崎629-1
(フリガナ) 氏名	コブキ 寿	ハナコ イチロウ 一郎	長男
連絡先			
(自宅電話)	0493 - 21 - 2800		
(携帯電話)	080 - 1234 - 5678		

特別養護老人ホームひがしまつやま寿苑へ入居したいので、次のとおり申込みます

(フリガナ) 氏名	② コブキ ハナコ 寿 花子	性別	保険者	東松山市
		男・女	被保険者番号	○△□○△□○△□○
生年月日	明・大(昭) ※年 *月 #日(○ 歳)	要介護度	1・2・③・4・5	
住 所	〒355-0034 埼玉県東松山市柏崎629-1	介護認定有効期間	平成	△年 ○月 ×日から
			平成	□年 △月 ○日まで
現住所	住民票のある住 所地を記入	① 在宅 ② 施設(施設名 3 病院(病院名)) 4 その他		
本人 の 状 況	現在利用している 在宅サービスの状況 (利用しているサービスの 番号に○をつけ利用回数・ 内容等を記入して下さい)	① 訪問介護 (月 回 又は 週 2 回) 内容()	6 通所リハビリ (月)	介護保険証をご覧の上、 転記してください。特に保険 者をお間違えになる方が多 いので、よくご確認ください。
	② 訪問入浴介護 (月 回 又は 週 回)	③ 訪問看護 (月 1 回 又は 週 回) 内容()	⑦ 短期入所生活介護 (月 12 回 又は 週 回)	
	④ 訪問リハビリ (月 回 又は 週 回)	⑤ 通所介護 (月 回 又は 週 2 回)	8 短期入所療養介護 (月 回 又は 週 回)	記入不要です
	⑥ 80%以上 ⑦ 40%以上80%未満 ⑧ 40%未満		⑨ 福祉用具の貸与・購入費の支給 内容(介護用ベッドと車いすのレンタル)	
入所・入院前における在 宅サービスの利用状況 (記入不要)	③	(直近3ヶ月で評価/	右ページ下 にある記入上の注 意④を参照	
認知症による不適応行動 (行動障害)	④	1 非常に多い ② やや多い 3 少しあり 4 なし		
医療的処置の状況	1 かかりつけ医	○ ○ 病院	○ × △ □ ○ 先生	
	2 既往歴	① 脳梗塞後遺症による右半身マヒ ② 高血圧 ③ 糖尿病		
	3 現在治療中の病気	高血圧(内服), 糖尿病(内服)		
入居を希望する理由として 該当する番号に○を付け、 具体的な内容を記入して ください。	1 介護者がいないため ()			
	② 介護者はいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため (長男の妻は腰痛があり、介護に大きな負担を感じている。)			
	3 介護者はいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ()			
	④ 介護者はいるが就業しているため十分な介護が困難なため (長男は就労しており、残業も多い為、介護は難しい状況。)			
	5 介護者はいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ()			
	6 介護保険施設に入居 ()			
	7 その他 ()			
この欄には、右ページ記載の主介護者もしくはご本人と同居しているご家族 の状況を記入。 主介護者以外で別居しているご家族の状況は右ページにご記入ください。				

本人は単身生活者である 主たる介護者 (<input checked="" type="radio"/> いる · <input type="radio"/> いない) 同居している介護者がいない場合でも、主に介護している方、もしくは介護者として該当し得る関係の方がいる場合には、必ずご記入ください。 介護者なしとして認められるのは、配偶者、兄弟姉妹、お子さんやお孫さん等、近しいお身内の方が全くいらっしゃらない場合のみです。 従たる同居介護者 (<input checked="" type="radio"/> いる · <input type="radio"/> いない) ※主たる介護者がご本人と同居の要するお孫さん等がいない場合、お孫さん等がいらっしゃる場合は、必ず「いる」を選択して、具体的な状況をご記入ください。 別居している血縁者の状況 (<input type="radio"/> 1人 · <input checked="" type="radio"/> 2人) 入居希望者 ご本人と血縁関係にある方のみ。ただし、主介護者はこの数に含めない。 他 申し込みの状況 (<input checked="" type="radio"/> 5) 説明確認 ⑥ 平成 年 月 日 氏名	該当 (1・介護する者がいる 2・介護する者がいない) <input checked="" type="radio"/> 非該当	(フリガナ) 氏名 コトブキ 寿 伊知ロウ 一郎 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 本人との関係 長男	
	生年月日 明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭 △年 ○月 ×日 (** 歳)	同居の区分 ① 同居 花子は現在の自宅にて夫と二人暮らしをしていたが、夫が平成20年に他界して以来、長男夫婦が自宅に入った。 2・別居()	複数介護の状況 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無)
	主介護者の就労状況 ① 有(該当するものに○) ・高齢で就労不能 ・8時間以上 ・4時間以上8時間未満 ・4時間未満 具体的状況 () 2・無	主介護者の育児・看病等の状況 ① 有(該当するものに○) ・常時の育児・看病が必要 ・半日育児・看病が必要 ・時々育児・看病が必要 ・65歳以上の高齢世帯 具体的状況 () ② 無	主介護者の障害・疾病の状況 ① 障害や疾病有 (該当するものに○) ・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能 具体的状況 () ② 無
	(フリガナ) 氏名 コトブキ 寿 サチコ 幸子 性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女 本人との関係 長男の妻	生年月日 明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭 □年 ×月 ○日 (★★ 歳)	同居の要する状況 ① 介護困難 2・多少介護可能 3・介護可能
	介護者がいる場合 介護困難な理由または介護可能な内容 昼間は介護サービスを利用し、夜間のおむつ交換等は、何とか行っているが、徐々に腰痛も悪化してきており、介護が辛くなっている。 実家の母も一人暮らしをしており、週に2~3日は様子を見に行っている。	開始時期 H.○年 △月 ~ H.×年 ★月 在宅介護期間 □年 △ヶ月間	別居している血縁者の状況 ① 血縁者なし ② 介護困難 3・多少介護可能 4・介護可能
	※別居血縁者がいる場合 介護困難な理由または介護可能な内容 長男の一郎には姉と妹がいるが、それぞれ他家へ嫁いでおり、どちらも嫁ぎ先の親の介護をしている為、介護困難な状況。	入居希望時期 ① できる限り早く入居したい 2・ 年 月頃までには入居したい	他 申し込みの状況 ⑤ ① 申込日 H.*年 ★月 #日 施設名(特別養護老人ホーム ○○荘) ② 申込日 H.#年 □月 ○日 施設名(特別養護老人ホーム △△)
	他 申し込みの状況 ⑤ ③ 申込日 施設名 ④ 申込日 施設名	他施設に申し込みをなさっている場合でも、入居基準の点数評価には全く影響ありません。 他施設へのお申し込みをなさっている場合には、全てご記入ください。	説明確認 ⑥ 平成 年 月 日 氏名

～記入上の注意～

- ① 申込者欄には連絡が取れるご家族様をご記入ください。
- ② 本人の状況欄には入居を希望するご本人様についてご記入ください。
- ③ 入院・入所前の介護サービス利用状況の欄は、当苑で記入しますので、空欄のままにしておいてください。
- ④ 不適応行動の目安 1. 非常に多い→毎日 2. やや多い→週2~3回 3. 少しある→月に2~3回
- ⑤ 申し込みをしている他施設が複数ある場合は、全てご記入願います。
- ⑥ 説明確認の欄には説明を受けた日時のご記入と説明を受けた方のご署名をお願いします。

(平成24年10月1日改訂)