

特別養護老人ホーム 若槻ホーム 入所申込書

申込年月日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム
若槻ホーム 施設長 様

入所希望者名（フリガナ）

(生年月日 大正・昭和 年 月 日 歳)

入所希望者住所

電話番号

特別養護老人ホーム若槻ホームに入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。
希望入所施設を選んで○をしてください。（どちらも希望の場合は両方に○をしてください）

施設名	特別養護老人ホーム若槻ホーム（2人室・個室2室）		
	特別養護老人ホーム若槻ホーム 別館（全個室）		

身元引受人 (1)	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			
身元引受人 (2)	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			

備考

- ① 今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方のみに行います。
- ② 入所申込後に本人の死亡、施設・病院等への入所、入院により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し、申込の取り下げをお願いします。
- ③ 「介護保険証の写し」「介護保険サービス利用票の写し」「認定調査票の写し」「主治医の意見書」を添付してください。

【入所に関する問い合わせ先】

電話番号 026-251-3500 FAX番号 026-295-3400

状況申告書（空欄に記載、該当項目にチェック）

要介護状態区分	1 · 2 · 3 · 4 · 5						
介護認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日						
介護保険者	市・町・村・区		番号	0	0	0
居宅支援事業所	事業所名： 担当者名						
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃に入所したい						
入所について本人の意思	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない <input type="checkbox"/> 不明						
該当する在宅での日常生活困難事由 (要介護1・2の方は必ずチェックを記入し詳細は入所を希望する理由に記載すること)	<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 <input type="checkbox"/> 知的・精神障害等を伴い、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が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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 <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		介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護者（　　歳）が高齢である <input type="checkbox"/> 介護者が病弱（病名：　　）で通院（病院名：　　）必要 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者（氏名：　　）がいる <input type="checkbox"/> 主たる介護者が生計中心者として働いている			
同居の家族構成	氏名		続柄	年齢	職業	備考	
同居以外の家族構成	※ 近親者の状況（同居以外の子供、子供がない場合は、兄弟、甥、姪等）						
	氏名		続柄	年齢	職業	備考	
主な介護者	氏名： 続柄						

身体状況及び日常生活動作の状況	視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きな字なら見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	移動	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 車椅子の使用：有・無 自走：可・不可 移乗：自立・半介助・全介助 (※移乗とは・・・ベットから車椅子等への乗り替え動作をいいます)
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守り必要 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他制限食 ()
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレで可能 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを自分で使用している <input type="checkbox"/> 一部を介助している（トイレ及びポータブルトイレでの排泄時） <input type="checkbox"/> 全部を介助している（トイレ及びポータブルトイレでの排泄時） <input type="checkbox"/> おむつ使用（カテーテル 有・無）
	更衣	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守り必要 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守り必要 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	洗身	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守り必要 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 洗髪： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	身体障害者手帳	無・有 (種級、障害名：)
	床ずれ	無・有 (部位：)
精神的状況	<input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 幻覚や幻聴がある <input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転している <input type="checkbox"/> 大声や奇声を発する <input type="checkbox"/> 収集癖がある <input type="checkbox"/> 食物以外を口に入れることがある <input type="checkbox"/> 感情が不安定にあることがある <input type="checkbox"/> 暴言や暴行することがある <input type="checkbox"/> 徘徊（目的なく歩き回る） <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 作り話をすることがある <input type="checkbox"/> その他行為（ ）	

【説明確認及び情報収集に係わる同意】

私は、貴施設への入所申込みに際し、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施設担当者から説明を受けました。

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（入所申込者）及びその家族に関する情報を市町村、担当居宅支援事業所、関係医療機関から収集すること、また長野県が行う入所申込者調査に情報を提供することに同意いたします。

令和 年 月 日

入所希望者 _____ 印

入所希望者の家族 _____ 印