

特別養護老人ホーム若槻ホーム・若槻ホーム別館
入所申込書

入所を希望する施設に○をしてください。

施設名	特別養護老人ホーム若槻ホーム (多床室・個室)
	若槻ホーム別館 (ユニット型個室)

フリガナ				生年月日	性別
氏名				大正・昭和 年 月 日生 (歳)	男・女
現住所	郵便番号			電話番号	

被保険者番号		保険者名	
--------	--	------	--

要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	認定期間	年	月	日	～ 年 月 日

該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<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"/> 知的障害・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。	入所を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> " 就労しているため <input type="checkbox"/> " 育児等しているため <input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため (年 月 日頃退院(退所)予定) <input type="checkbox"/> (その他詳細)
	事業所の名称 担当者		

日常生活動作及び精神状態	移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 車いす
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
<input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴がある <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している <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"/> 感情が不安定になることがある <input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある <input type="checkbox"/> 目的にもなく歩き回る <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 <input type="checkbox"/> ことがある <input type="checkbox"/> その他の行為 (

医療状況	かかりつけの医療機関及び主治医	
	医療機関名 :	
	主治医 :	
	医療ケア等	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()
[現在治療中の病名]		()

過去の入院 状況	医療機関名	年 月 日～ 年 月 日				
	病名等					
現在の 生活場所	医療機関名	年 月 日～ 年 月 日				
	病名等					
現在の 生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（病院）へ入所、入院中（名称 _____） 年 月 日～					
※ 入所判定に当 たって特に配 慮して欲しい 事項	（例）現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており 昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。					
他の施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称（ _____ ）（ _____ ） （ _____ ）（ _____ ）（ _____ ）					
主たる介護者 の状況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日生（ 歳）		
	住所	〒 _____		要介護認定の有無	有・無	
		Tel _____		要介護状態区分		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
申込者と の関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					
家族等の状況	家族図		氏名	続柄	年齢	職業等
同居家族を○で囲んでください						
ご家族代表 又は連絡人	氏名	続柄（ _____ ）				
	住所	電話番号				

添付書類

- 介護保険証の写し
- 直近3ヶ月分の「サービス利用票及び別表」の写し

説明確認及び情報収集に係る同意

【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の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、担当する居宅介護支援事業所、医療機関から情報収集すること、また長野県が行う入所申し込み者調査に入所申込情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

入所申込者 _____

入所申込者の家族 _____