

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所申込書兼台帳

今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

平成30年2月15日作成

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名:	続柄
	〒 - 住所:	
	電話(自宅):	
	(携帯):	

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
受付者	
法人名	社会福祉法人 浩養会
施設名	地域密着型特別養護老人ホーム浩養園 ショートステイ浩養園

※ 入所を申込するサービスを○で囲んで下さい。

・ 特養 ・ 短期入所生活介護(ショートステイ)

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕に入所したいので、次のとおり申し込みます

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)								
	氏名		男・女		被保険者番号								
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度及び 認定期間		要介護 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								
	自宅住所	〒 -	電話(自宅)										
	障がい の程 度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)											
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。 ◇ 施設名又は病院名: _____ ◇ 所在地(市区名のみ) _____ ◇ 入所又は入院期間: 平成 年 月から入所・入院している											
	入所を希望する理由(該当するものすべてを選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()											
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否してる <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難											
	在宅介護継続期間	年 月 日	居宅サービスの利用の有無		<input type="checkbox"/> 有 (下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無								
	申込日前月に利用中のサービス(○で囲んで下さい)	訪問介護		訪問入浴		訪問看護		訪問リハビリ					
		居宅療養管理指導		通所介護(デイサービス)		通所リハ(デイケア)		短期入所生活介護					
		短期入所療養介護		福祉用具貸与 ()									
		その他 ()											
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1～3か月以内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内											
	利用している居宅介護支援事業者名	電話: ()		担当ケアマネジャー氏名									

本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関名 _____ 【特記事項】	
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 () () () ◇ 特養待機期間(他施設も含む) _____ 年 _____ 月	

主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()計 _____ 人					
	(フリガナ)			性別	年齢	本人との関係	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 電話(自宅) _____ (携帯) _____
	主たる介護者氏名			男・女	満歳		
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください)					
同居以外の親族や援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者有 <input type="checkbox"/> 親族・援助者無						

同意書	入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。 また、介護保険サービス事業に関する次の事項について同意します。 ・本施設が介護保険者(市区町村)に対し、本申込書の内容及び施設入所選考に必要な情報を提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が施設入所選考に係る意見を述べるにあたり、関係する機関又は団体から必要な情報を取得すること。 ・介護保険者(市区町村)が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は団体及び介護サービス事業者(本施設を含む)に提供すること。 ・介護保険者(市区町村)が本施設に対し、本申込書の内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、その他、入所選考に係る情報を提供すること。	
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 入所希望者 氏名: _____ (印) 家族代理人の方 氏名: _____ (印)	

注1 「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「直近3か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。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。