

(別紙1) 特別養護老人ホーム 長寿園  
**入 所 申 込 書**

申込日	年 /	受付: ㊟
-----	-----	-------

※施設記入欄

PC【受付名簿】入力	/	㊟
------------	---	---

○太枠内を本人または申込者がご記入ください。

連絡先 (申込来園者)	フリガナ		続柄( )	申込書を記入(持参)した人	
	氏名			申し込み理由	
	住所	〒 - 自治会名( )		【入所希望時期】	
	電話番号	自宅 - - 優先 携帯 - - 優先	優先する電話番号に○をしてください	<input type="checkbox"/> すぐ入所希望 (退院勧告 あり・なし) <input type="checkbox"/> できるだけ早く入所希望 <input type="checkbox"/> しばらく待てる <input type="checkbox"/> 安心の為の申し込み	

本人の状況	フリガナ		性別	住民登録	<input type="checkbox"/> 山陽小野田市 <input type="checkbox"/> 市	
	氏名		男 女	生年月日	大正 昭和 年 月 日 ( )歳	
	住所	<input type="checkbox"/> 山陽小野田市 <input type="checkbox"/> 市		自治会名( )		
	介護保険	保険者				負担割合額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明
		被保険者No.				生活保護受給 <input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 申請中
	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 <input type="checkbox"/> (更新 区分)申請中 認定期間: 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 在宅	ケアマネ (事業所: 担当者: ) 利用サービス( 訪問 通所 ショート その他 )			
<input type="checkbox"/> 入所入院		施設名又は病院名 ( 利用時期: 年 月 頃 ) 利用開始理由 ( ) 担当MSW: 担当窓口者:				
現時点での意向確認	居室について	<input type="checkbox"/> 多床室希望 <input type="checkbox"/> 個室希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい				
	加療について	<input type="checkbox"/> 園にお任せしたい <input type="checkbox"/> 何かあれば、すぐ病院に受診したい <input type="checkbox"/>				
	看取りについて	<input type="checkbox"/> 園で看取ってほしい <input type="checkbox"/> 病院に行きたい <input type="checkbox"/> 考えたことが無い				

裏面にもご記入ください

特例入所を希望する理由	
本人の状況	<input type="checkbox"/> 認知症であり、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、 <u>頻繁</u> にみられる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を患い、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等が、 <u>頻繁</u> にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待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、同居家族が高齢で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。
	(居室において、日常生活を営むことが困難な事由について、具体的な内容をご記入ください) 具体的な状況

本人の状況	* 介護が必要になった経緯 他		
	・住まい <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族( )と同居		
	・主な病歴(手術や入院など)		
	・経緯		
	家族構成(ジェノグラム)		
	医療情報	主治医	
		治療中の病名	
		医療処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他
		健康状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> まあまあ安定 <input type="checkbox"/> 不安定
		その他	
身体の状態	障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(麻痺や損傷、全盲など)	
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖・補助器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	嚥下	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 困難(むせがひどい) <input type="checkbox"/> どちらともいえない	
日常生活動作	<input type="checkbox"/> 生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 生活動作の一部に介助が必要 <input type="checkbox"/> ほぼ自立		
	介護が困難な具体的症状・行動等(徘徊・被害妄想・昼夜逆転・不潔行為・攻撃的行為・自傷行為・不穏興奮等)		
精神の状態	意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 理解力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 低下 物忘れ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

介護者	介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が いない( 身寄りがない 遠方に在住 入院中 ) <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する等、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢等により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にある。 <input type="checkbox"/> 介護者がある ( 同居 別居 ) <input type="checkbox"/> その他
	介護する上で困っていること等	

○説明確認および個人情報提供同意欄

<p>・私は入所の申込に際し、入所申込み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、説明を受けました。</p> <p>(要介護1又は2の方) 上記及び、特例入所の要件に該当する場合のみ、入所の対象となることについて、施設から説明を受けました。</p>
<p>・入所の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、保険者市町、又はケアマネージャー等に対し、サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況等の個人情報を求め、又は個人情報を提供することに同意します。</p> <p>(要介護1又は2の方) 上記及び、特例入所に際しその理由等の個人情報を、施設が保険者市町に対し、報告することを同意します。</p>
<p>令和 年 月 日 申込者氏名 _____</p>

注2 申込みは、要介護認定を受けていることが必要です。(要支援の方は申し込みができません)

3 申込みを取り消す場合や、申込事項に変更があった場合は、速やかにご連絡ください。