

# 特別養護老人ホーム雅荘 入居申込書

施設長 殿

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

申込代理人（手続にお見えになった方） ※今後ご連絡はこちらへいたします。

フリガナ			
氏名			続柄
住所	〒 -		
電話	(自宅) ----- (携帯)		

施設に利用したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ				男 女	明 大 昭	年	月	日生	( 歳)	
氏名										
住所	〒 - 【電話番号】									
介護保険	被保険者番号				要介護度	1	2	3	4	5
認定期間	年 月 日 から			年 月 日						
健康保険	種別				記号・番号					
年金等	種別									
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 利用中		病院又は施設	名称						
				住所						
		入院又は利用期間			年	月	日	～		
心身状態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 ( <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし )	<input type="checkbox"/> 一部介助 ( <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼のみ )		<input type="checkbox"/> 全介助					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 [ 主食 ] <input type="checkbox"/> 普通食 [ 副食 ] <input type="checkbox"/> 普通菜	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 一口大		<input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み食		<input type="checkbox"/> ペースト食			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助					
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助					
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視		<input type="checkbox"/> 全盲					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴		<input type="checkbox"/> 難聴					
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由		<input type="checkbox"/> 不自由					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 時々通じる		<input type="checkbox"/> 通じない					
	問題行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 不潔行動		<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行動				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう) <input type="checkbox"/> 人工肛門 (ストーマ)		<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置					
	[ 既往歴 ]									
	[ 現在治療中の病気・特記事項 ]									
施設記入欄	認知症の場合の日常生活自立度			<input type="checkbox"/> IV以上	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> なし		

入居を希望する理由  * 該当するものすべてを選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、在宅での介護が困難であるため <input type="checkbox"/> その他(
	【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください】 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待により、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ない <input type="checkbox"/> 特記事項(

家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居の別		別居の場合に記入	
	主介護者は□にチェック				同居	別居	住所	電話番号
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居		

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい
--------	---

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込み <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込み、または予定 (他施設名) [ ] [ ]
------	---

特記事項	..... ..... ..... .....
------	----------------------------------

担当 介護支援専門員	氏名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄	私は、入居申し込みの際し、 <input type="checkbox"/> 利用順位の決定方法 <input type="checkbox"/> 特例入居の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有することについて施設から説明を受けました。  令和 年 月 日  氏名: _____
-------	---

- ※1 介護保険被保険者証・直近3カ月分のサービス利用表・別表の写しを添付して下さい。
- ※2 申し込み後の状況について、施設より確認の連絡をさせていただく場合がございます。
- ※3 要介護度の変更、他施設への入居など状況の変化のある際はお手数ですがご連絡下さい。