特別養護老人ホーム　入居申込書　　（　　）

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム　木犀館
施設長　宛

【申込者】

住　所	〒　　ー		
（ふりがな） 氏 名			（本人との関係）
電話番号		携　帯	
勤務先名		勤務先電話	

特別養護老人ホーム 木犀館 へ入所したいので次のとおり申し込みます。

本人の状況

（ふりがな） 氏　名		性別 男　　女	保険者	
			被保険者番号	
生年月日	明･大･昭　　年			
住　所	〒　　ー		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
			介護認定期間	平成 令和　年　月　日から 平成 令和　年　月　日まで
電　話				

世帯状況	□独居　□65歳以上の高齢二人暮らし　□子供、親族等の同居　□その他
現在利用している在宅サービスの状況 該当の□をチエック（　）内に具体的内容を記入ください	□訪問介護（ホームヘルパー） （ □訪問入浴介護 （ □訪問看護 （ □通所介護（デイサービス） （ □通所リハビリテーション（デイケア） （ □短期入所生活介護 （ □短期入所療養介護 （ □その他（　　） （
認知症による不適応行動	1. 非常に多い　2. やや多い　3. 少しあり　4. なし
医療的処置の状況	（現在治療中の病気等）
担当介護支援専門員	事業所名：　　氏名：
優先入所希望理由 該当の□をチエック（　）内に具体的理由を記入ください	□ 介護者がいないため （ □ 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため （ □ 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため （ □ 介護者がいるが育児または家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため （ □ 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため （ □ 介護保険施設に入所しているが替わりたい （ □ その他 （

介 護 者 の 状 況

主たる介護者 □　有 □　無	（ふりがな） 氏　名		性別 男　・　女	本人との関係
	① 生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）		
	同居の区分	□　同居　□　別居　（　状況　　）		
	住　所 連絡先	〒 （　電話　　）　（　携帯　　）		
	② 主介護者の障害疾病の状況	□ 障害、疾病があり介護困難　□ 障害、疾病があるが多少介護可能 □ 障害、疾病があるが介護可能　□ なし		
	③ 主介護者の育児家族疾病状況	□ 常時育児、看病が必要　□ 半日育児、看病が必要 □ 時々育児、看病が必要　□ なし		
	④ 主介護者の介護状況	□ 複数の介護をしていて介護困難　□ 複数に介護をしているが多少介護困難 □ 複数の介護をしていてが介護可能　□ なし		
	⑤ 主介護者の就労状況	□ 1日8時間以上　□ 1日4時間以上8時間未満　□ 1日4時間未満 □ 高齢のため就労不能　□ 就労していない		
	主介護者の勤務先名		勤務先電話	
従たる介護者 □　有 □　無	（ふりがな） 氏　名		性別 男　・　女	本人との関係
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）		
	同居の区分	□　同居　□　別居　（　状況　　）		
	住　所 連絡先	〒 （　電話　　）　（　携帯　　）		
	⑥ 本人の介護の可能性	□ 介護は困難　□ 多少は介護可能　□ 介護は可能		
居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 （要介護度1又は2のみ記載）		□ 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 □ 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 □ 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。 □ 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な状況である。		
介護期間	年　　月　　日　頃から　（　約　　年　　ヵ月　）			
その他	優先入所を希望する時期	1. 今すぐ入所したい　2.　　年　　月頃までには入所したい		
	申込状況	1. 当該施設のみ申し込む 2. 他の施設に申し込んでいる　（申込年月日）　　年　　月　　日 （ 施設名 ）		
	待機期間	（ 住　所 ）		
確認説明	私は、入所申込みの際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準について施設から説明を受けました。 令和　　年　　月　　日　　申込者氏名			

※ 介護保険被保険者証(写)　・介護認定情報、調査票(写)　・主治医意見書(写)　・介護保険負担割合証（写）
介護保険被保険者証限度額適用認定証（写）・サービス利用票(写)(3か月分)を添付してください。

※ 現在利用している在宅サービスの状況の(　)内には、その具体的内容を記入してください。

※ 優先入所を希望する理由の(　)内には、その具体的理由を記入してください。

※ 入所の必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書」を提出してください。

※ 申込内容に変更が生じた場合は施設に連絡し、支持を受けてください。

身 体 の 状 況

日常生活動作	視 力	□ 普通　□ やや悪い　□ ほとんど見えない　□ 全盲　□ 不明　（眼鏡　有・無）
	聴 力	□ 普通　□ 大声なら聞こえる　□ ほとんど聞こえない　□ 不明　（補聴器　有・無）
	言 語	□ 普通　□ 聞き取りにくい　□ 聞き取れない　□ 話せない
	麻 痺	□ 有　□ 無　（ありの場合　□ 右上肢　□ 左上肢　□ 右下肢　□ 左下肢　）
	拘 縮	□ 有　□ 無　（ありの場合　□ 肩　□ 肘　□ 股関節　□ 膝　□ その他　）
	移 動	□ 歩行　□ 杖歩行　□ シルバーカー　□ 歩行器　□ 車椅子
	食 事	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　（ 常時使用してるもの ・ 主食　（ □ 常食　□ 刻み　□ ペースト）　・ 副食　（ □ 常食　□ 刻み　□ ペースト） ・ カロリー制限　□ 有　（　Kcal.　）　・ 嗜好　（　）
	義 歯	□ 有　（ 1.　総入れ歯　2.　部分入れ歯　3.　有るが使用していない　□ 無
	排 泄	□ 自立　□ 誘導　□ 一部介助　□ リハビリパンツ　□ オムツ　（1. 常時　2. 夜間） ・ 尿意　（ □ 有　□ 無 ）　・ 便意　（ □ 有　□ 無 ）　・ 失禁　（ □ 有　□ 無 ）
	入 浴	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　（1. 一般浴　2. 機械浴）
	着 脱	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助
	アレルギー	□ 有　（アレルゲン　）
医療行為		□ 有　□ 胃・腸ろう　□ インスリン　□ 褥瘡　（部位　） □ 無　□ 吸引　□ 気管切開　□ 点滴　□ 人工肛門　□ 酸素 □ バルーンカテーテル　□ その他
認知症		□ 有　□ 物忘れ　□ 昼夜逆転　□ うつ　□ 幻聴･幻覚　□ 興奮 □ 無　□ 徘徊　□ 意欲低下　□ 暴言･暴力　□ 大声･奇声　□ 不潔行為 □ 介護抵抗　□ その他　（　）

既往歴	病　名	医療機関名称	区　分	期　間
区分：　通院				～
入院				～
手術				～
				～

主治医	医療機関名：　医師名：
現在の所在地 （入院･入所している方）	病院・施設名： 住所： 電話：　期間：　年　月　日 ～
介護保険負担限度額認定証	□ 有 □ 無 （ 食費負担限度額　□300円　□390円　□650円　□1360円　）
障害者手帳	□ 有　・手帳の種類　□ 身体障害者手帳　□ 精神障害者手帳（　級） □ 無　・取得年月日　年　月　日　交付
収入状況 年金の種類	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 共済年金　□ 遺族年金　□ 障害年金　□ 恩給　□ 受給なし
年金受給額	（　円 / 月　・　円 / 年 ）
その他の収入	（　円 / 年 ）
合　計	（　円 / 年 ）

（その他）