

入 所 申 込 書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム みどり荘
園 長 平 間 英 博 様

(申込者)氏名 (入所希望者との続き柄)
(郵便番号 —)(電話番号 — —)
住所 .

私は、入所手続等に関する説明を受け、理解した上で、下記の者の入所を申込みます。なお、入所希望者の状況等は次のとおりです。

ふりがな				性別	男 ・ 女	
氏 名						
現住所	〒 — 県 市・町・村			電話 — —		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)					
介護保険証	被保険者番号			要介護度	1・2・3・4・5・(他:)	
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
負担割合証	割 負担		負担限度額認定証	有・無 (段階)		
特例入所の要件 要介護1・2の方のみ該当箇所に○を付けて下さい。	ア：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こと。 イ：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・症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。 ウ：家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。 エ：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こと					
その他の保険証	健康保険	種別	国民・後期・社会・他()	番号		
	年金	種別	国民・厚生・共済・農業・他	年額	約 年 万円	
	障害手帳	種別		判定	障害名	
在宅サービスの利用状況 (サービス利用表の添付でも可)	サービスの種類		1ヶ月あたりの利用回数		事業者名	

～ 入所希望者の状況 ～

同居者等の状況	<input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ(配偶者の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 家族と同居 【 <input type="checkbox"/> 配偶者(歳) <input type="checkbox"/> 子(歳 歳) <input type="checkbox"/> 孫(人) <input type="checkbox"/> 他()】	
介護者の状況	主な介護者が <input type="checkbox"/> いる【 <input type="checkbox"/> 同居(続柄 : 歳) <input type="checkbox"/> 別居(住所)】 <input type="checkbox"/> いない 主な介護者は <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 仕事をしていない(<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気治療中 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 定年) (病弱、治療中、障害の内容：)	
住居の状況等	現在の住居は <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外【 <input type="checkbox"/> 病院(名称：) <input type="checkbox"/> 施設等(名称：)】 自宅以外の方 <input type="checkbox"/> 自宅に戻る <input type="checkbox"/> その他(親族宅等)に戻る <input type="checkbox"/> 戻る自宅がない <input type="checkbox"/> 退院・退所を迫られている	
介助を要する内容	食 事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【主食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー】【副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粗 <input type="checkbox"/> 細 <input type="checkbox"/> ミキサー】
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【週 回入浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> 清拭】
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレとオムツ使用】
	移 動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子
	移 乗	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> ほぼ寝たきりで介助が必要	
認知症	<input type="checkbox"/> 認 知 症(発症： 程度：) <input type="checkbox"/> 徘徊(程度：) <input type="checkbox"/> 昼夜逆転(内容：) <input type="checkbox"/> 不 潔(内容：) <input type="checkbox"/> 自傷行為(内容：) <input type="checkbox"/> そ の 他(内容：)	
医療行為	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他(具体的な内容：) 現在・過去の既往歴(病名・発症時期・主治医等) []	
他施設 申込状況	既に申し込んでいる施設	
	申し込む予定の施設	
入所希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 今後必要となった場合に入所したい	
在宅での介護が 困難な理由を記載 して下さい。	<input type="checkbox"/> ケース記録添付	