|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | --- | |  | |  |  |  |  |  |
| 特別養護老人ホーム　五月園　　入所申込書  申込日　　　　　年　　　　月　　　　日  特別養護老人ホーム　五月園　園長　中村伸之　　様   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 住　　所 | 〒 | | | ふりがな |  | 本人との続柄 | | 氏 名 |  |  | | 電話番号 | 自宅 | | | 携帯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | 申請者  □　本人  □　家族  □　代理人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

注）　介護保険関係の証書をご持参のうえ、施設に提示して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | ☐男 ☐女 | | | | 年齢 | | 歳 |
| 本人の氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 本人の現住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | （　　　　　） | | | | | | |
| 郵便等の送付先 | □　同上 | □上記以外 | | 住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定状況 | 被保険者番号（右詰め） | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | | |  | 保険者 | | |  | | | |
| 要介護度 | □要介護1　　□要介護2 ※　市町村への照会：　　　　　年　　　　月　　　　日　結果：　□可　　□不可 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □要介護3　　□要介護4　　□要介護5 認定期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担限度額認定 (□未申請 □申請済 第 段階　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 負担割合（　　　　　　　割） | | | | |
| 介護者の状況 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | ☐男 ☐女 | | | | | 続柄 | |  | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 年齢 | | 歳 |
| 居住状況 | □同居 | □別居（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □なし | |
| 就労 | □働いている | | | □自営業　　□会社等勤務（□常勤　□パート等）　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □働いていない | | | □介護に専念　　□高齢　　□健康不安　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 複数介護 | □申込者以外の介護や育児あり（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □なし | |
| 指定居宅介護  サービス | □指定居宅介護サービスを利用している（ただし、福祉用具貸与は除く） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □利用していない | | | | | |
| □訪問介護　　　□訪問入浴　　　□訪問看護　　　□訪問リハビリ　　　□通所介護　　　□通所リハビリ　　　□短期入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記サービスの週当たりの利用日数 | | | | | | | | □1～2日　　□3～4日　　□5～7日　　他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住居環境 | 住居環境 | □戸建住宅（□平屋　□2階建） | | | | | | | | | □アパート・マンション（　　　　階/エレベーター　　　　有　　無　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護環境 | 特記事項（トイレや浴室等） | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院・退所後の  在宅生活 | 病院名  施設名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 入院等の時期（　　　　　　年　　　　　　　月頃） | | | | | | | | | |
| 退院等の  見込み | □退院（所）を勧められている | | | | | | | | | □退院（所）したい（　　病気が治った　　　金銭的負担が重い　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅生活  困難理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特筆すべき事項  （特例入所の  要件関連） | □認知症があり、日常生活に支障をきたしている | | | | □知的障がい、精神障がい等  に伴い、日常生活に支障を  きたしている | | | | | | | | | | | | □家族等による深刻な  虐待が疑われる | | | | | | | □単身世帯等で家族等による支援が期待できない | | | | |
| □上記が重度（認知自立度が  Ⅲa以上）である | | | | □上記の状態が介護者の  急死等で発生 | | | | |
| 医療的処置の状況 | 現病名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療的処置の状況 | | □経管栄養　　　□痰の吸引　　　□人工肛門　　　□インスリン注射　　　□カテーテル留置 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □酸素療法　　　□褥瘡　　　□点滴　　　□気管切開　　　□胃瘻　　　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参考事項 | 指定居宅介護  支援事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 担当ケアマネジャー | | | | | |  | | |
| 他施設への  申込 | □当施設のみに申し込み | | | | | | | □ほかの施設にも申し込んでいる | | | | | | | | | | | | | □これからほかの施設にも申し込む | | | | | | |
| ※既に申し込んでいる施設名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所時期の希望 | | □今すぐにでも入所したい　　□1年以内に入所したい　　□　　　　年　　　月頃に入所したい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険種別 | |  | | | | | | | | | | | | 年金種別 | | | | （　　　　　　　　　　　　　円/月） | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 入所の  希望理由 |  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害手帳 | 有・無 | 手帳の種類　　　　　　　　　　　　障害名 |
| 判定　　　　　（　　年　　月　　日）　　医療費助成（　重度　・　中度　） |

■家族構成と家族の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族構成図 | 氏名（キーパーソンに○） | 続柄 | 年齢 | 職業 | 住所地 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

■生活歴

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出生地 |  | 最終学歴 |  | 婚姻歴 |  |
| 職歴 |  | | | | |
| 性格 |  | | | 趣味・特技 |  |
| 生活歴等 |  | | | | |

■既往歴

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| いつ（時期・年齢） | 病名 | 医療機関 | 入院・通院 | いつ（時期・年齢） | 病名 | 医療期間 | 入院・通院 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

■日常生活動作

|  |  |
| --- | --- |
| 寝返り |  |
| 座位保持 |  |
| 立位 |  |
| 歩行 |  |
| 食事状況 |  |
| 排泄 |  |
| 更衣 |  |
| 入浴 |  |
| 聴力 |  |
| 視力 |  |
| 意思疎通 |  |

■その他

|  |
| --- |
|  |