

# 特別養護老人ホーム 入所申込書

社会福祉法人アスワン山荘

|     |          |         |        |    |    |     |       |         |         |  |
|-----|----------|---------|--------|----|----|-----|-------|---------|---------|--|
| 申込者 | フリガナ     |         |        | 続柄 |    |     | 処理状況欄 | 申込日     | R 年 月 日 |  |
|     | 氏名       |         |        |    |    |     |       | 面接者     | 印       |  |
|     | 住所       | 〒 _____ |        |    |    | 処理日 |       | R 年 月 日 |         |  |
|     | 連絡先電話番号等 | 自宅      |        |    | 携帯 |     |       | 処理担当者   | 印       |  |
|     |          | 勤務先     | (勤務先名) |    |    |     |       |         |         |  |

|                                    |  |  |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |
|------------------------------------|--|--|--|-----------|--------|---|-------|--|--|--|---------|--|
| 本人の状況                              | フリガナ                                       |  |  | 性別        | 男      | 女 | 住民登録  |  |  |  | 市・区・町・村 |  |
|                                    | 氏名   |  |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | 住所   | 〒 _____  |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | 生年月日                                       | 明治・大正・昭和   |  | 年         | 月      | 日 | (満 歳) |  |  |  |         |  |
|                                    | 介護保険                                       | 保険者  |  |           | 保険者番号  |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    |  | 被保険者番号   |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    |  | <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"/> 申請中<br>(認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | 健康保険                                       | 種別   |  |           | 記号・番号  |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | 年金等  | 種別   |  |           | 支給額(年) |   | 円     |  |  |  |         |  |
|                                    | 住民税の支払                                     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | 所持する障害手帳等                                  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | 介護支援事業所の利用状況                               | 事業所名: _____  |  | 電話: (   ) |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    |  | 担当ケアマネージャー:  |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |
| 現在利用している居宅介護サービス                   | <input type="checkbox"/> 訪問介護              |  |  | 回/月 [   ] |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護            |  |  | 回/月 [   ] |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 訪問看護              |  |  | 回/月 [   ] |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション       |  |  | 回/月 [   ] |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導          |  |  | 回/月 [   ] |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)     |  |  | 回/月 [   ] |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション       |  |  | 回/月 [   ] |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) |  |  | 回/月 [   ] |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護          |  |  | 回/月 [   ] |        |   |       |  |  |  |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給     |  |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |
| <input type="checkbox"/> その他 (   ) |  |  |  |           |        |   |       |  |  |  |         |  |

|       |            |   |   |  |
|-------|------------|---|---|--|
| 本人の状況 | 現在生活している場所 | <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている<br><input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院<br><input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他  |   |  |
|       |            | 施設名又は病院名  |   |  |
|       |            | 入所又は入院期間  | 年 月 日～ ( 年 箇月)  |  |
|       | 身体 の 状 況   | 食事  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助<br>( 食事形態 : 主食 _____ 副食 _____ )   |  |
|       |            | 排泄  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助<br>( 排泄形態 : 日中 _____ 夜間 _____ )   |  |
|       |            | 入浴  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助<br>( 入浴形態 : <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 )   |  |
|       |            | 更衣  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助   |  |
|       |            | 移動  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助<br>( 移動形態 : <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす ) |  |
|       |            | 視力  | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> 全く見えない   |  |
|       |            | 聴力  | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる程度 <input type="checkbox"/> 全く聞こえない  |  |
|       | 言語         | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 全く発語できない  |   |  |
|       | 認知・精神の状態   | ※自傷行為、幻聴、幻覚、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動あるいは精神的な障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。<br>_____<br>_____<br>_____   |   |  |
|       | 医療的処置状況    | <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻 or PEG) <input type="checkbox"/> 酸素療法(在宅 or 病院)<br><input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )<br>現在治療中の病名 _____<br>受診している医療機関 _____ (主治医)<br>[特記事項]<br>_____<br>_____  |   |  |
|       | 感染症の有無     | <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 無   |   |  |
|       | 本人の入所の意向   | <input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望している<br><input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )  |   |  |
|       | 入所を希望する理由  | <input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護するものがない<br><input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中等により介護できない<br><input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する等の状況にあり十分な介護が困難<br><input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢等により将来的に十分な介護が困難<br><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り、負担が大きい<br><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、住宅事情等により自宅での介護が困難<br><input type="checkbox"/> 住居の構造が介護に適していないため、自宅で十分な介護が困難<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |   |  |

|            |  |  |    |    |      |                   |
|------------|--|--|----|----|------|-------------------|
| その他        | フリガナ   |  | 性別 | 男女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和<br>年 月 日 |
|            | 氏名   |  |    |    |      |                   |
|            | 本人との関係   | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                |    |    |      |                   |
|            | 同居の別   | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居<br>※別居の場合<br>〒    -<br>住所: _____<br>電話: _____  |    |    |      |                   |
|            | 意見   | ※介護をしている上で困っていること等をご記入ください。  |    |    |      |                   |
|            | 他の親族援助者等の状況  | <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 親族以外の援助者あり<br><input type="checkbox"/> 親族はあるが居所不明 <input type="checkbox"/> 他の親族・援助者なし |    |    |      |                   |
|            | 入所希望時期   | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい<br><input type="checkbox"/> 年 月 頃までには入所したい   |    |    |      |                   |
| 他施設への申込み状況 | <input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込んでいる<br><input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる (施設名 ) |  |    |    |      |                   |

|     |  |
|-----|--|
| 生活歴 |  |
|-----|--|

○ 説明確認欄

|   |
|---|
| <p>私は、入所の申込みに際し、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、施設から説明を受けました。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 _____</p> |
|---|

○ 個人情報提供同意欄

|  |
|--|
| <p>特別養護老人ホームの入所の円滑化に資するため、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、県市町村又は児童民生委員等に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、又は個人情報を提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 氏名 _____</p> |
|--|

注1: 要介護度や介護者の状況等記載内容に変更があった場合は、速やかにご連絡ください。

注2: 申込みを取消される場合は、速やかにご連絡ください。