

(様式1)

# 標準入所申込書

申込日	年 月 日	申込日	年 月 日
※ 受付後5年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

特別養護老人ホーム八宮荘  
園長 小林 栄一 殿

申込者(連絡先)

住所	〒 _____		
(フリガナ) 氏名	_____		電話番号
	_____		- -

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)	_____		性別	男・女
	氏名	_____		住民登録	市・区・町・村
	現住所	〒 _____ _____ 電話 _____			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
	健康保険種別	_____	記号・番号	_____	
	年金等種別	_____			
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定 _____ 級(度) _____ 年 月 日)			
	介護保険	被保険者番号	_____		
	要介護認定	<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 (認定期間) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日			
	年 収	_____ 円			
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している。 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している。 <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院)している場合))				
	施設名又は病院名 (所在地)	_____ 市・区・町・村			
	入所又は入院期間	_____ 年 月 日 ~ _____			

当施設が保管する入所申込みに関する情報については、県又は市町村から状況把握のために提示を求められることに同意します。

利用者氏名 印

申込者氏名 印

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	*1 該当するものすべてを選んで下さい。 *2 [ ]内に事業者名を記入して下さい。	
身体 の 状 況	食 摂	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (排泄の拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	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 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	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
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 捕捉すべき身体 の 状 況 について、具体的に記載して下さい。 </div>	
認知症・精神の 状 態	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする  (自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載して下さい。 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



家族や住居等の状況	身元引受人	続柄	(フリガナ) 氏名	年齢
		住所	Tel	
		職業		
		年収	円	
その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい		
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____		

担当ケアマネジャー	氏名	連絡先	電話
	事業所名		

備考	<p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目に内ない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況について御記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	---

おねがい 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をして下さい。

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、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 style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日 氏名 ( )</p>
-------	---