

特別養護老人ホーム ききょう苑 入所申込書

申込者(連絡先) 今後の連絡先とさせていただきます。

申込日: 令和 年 月 日
受付日: 令和 年 月 日

住所: 〒	—
氏名:	本人との関係
電話:	( )

※特例入所の事由の有・無	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

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	申込先 (入所希望施設)		保 険 者	
	(フリガナ)		性 別	被保険者番号
	氏 名		男・女	要 介 護 度
	生年月日	M・T・S 年 月 日		1・2 3・4・5
	現住所	〒 —		要 介 護 認 定期間
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族等と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院や施設等(※注1)に入院・入所・入居している ◆病院・施設・事業所名: ◆入院・入所・入居時期: 平成 年 月から入院・入所・入居中 ◆退院・退所・退居の勧告: あり ・ なし <input type="checkbox"/> 指定居宅介護サービスを利用している ◆サービス種類: ◆居宅介護支援事業者名:		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <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( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】		
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 知的障害(A・B) <input type="checkbox"/> 精神障害( 級) <input type="checkbox"/> その他の障害( )		
	介護支援専門員の意見等	【特別養護老人ホームへの申込に対する意見や在宅生活維持が困難な理由について具体的に記載してください】(※注2) (介護支援専門員名: )		
	主たる介護者	(フリガナ)		性 別
氏 名			男・女	生 年 月 日
同居の区分		<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所 )		
意見	【介護をしている上で困っていること等】			
(身元引受人) (予定者)	(フリガナ)		性 別	本人との関係
	氏 名		男・女	生 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所 )		
同意書	特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受けました。この取扱に同意します。 また、次のことに同意します。①入所検討委員会における検討資料作成のため調査を受けること ②入所申込みに必要な範囲において、入所希望者及びその家族等に関する情報を保険者、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から得ること ③今後の高齢者施策の参考とするため、この申込情報を保険者へ提供すること ④また、この申込を受けた特別養護老人ホームが入所待機者等の状況を把握するため、保険者が保有する、申込者の介護保険被保険者資格の得喪及び要介護に係る情報の提供を受けること			
	氏名	(本人) _____ (家族等代理人) _____		

※「特例入所の事由の有・無」欄で「有」となる場合は裏面にその事由等について記載してください。

※介護保険証、ケアプラン、サービス利用表の写しを添付してください

※注1: 施設等とは、養護老人ホーム、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所及びその他社会福祉施設等

※注2: 特例入所の場合は、裏面の介護支援専門員等の意見欄にお書きください。

(裏面)

特列入所の要件に該当する理由について

入所申込みをするにあたり入所希望者が要介護1・要介護2の場合は、次の内容についても記載してください。

【特列入所に該当する事由】

特列入所に該当する事由に印をつけてください。

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みられる。

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・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。

家族等による深刻な虐待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。

【特列入所に該当する具体的な内容】

該当する事由の具体的な内容について記載してください。

【特列入所に係る介護支援専門員等の意見】 ※本人及び家族以外の方が記入してください

1 本人の状況

認定状況等	①介護度 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2	②日常生活自立度 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> I	③療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	④精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
精神・行動障害	症状 発生頻度	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 寡動 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 非常に多い(頻繁) <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> なし		

2 在宅サービスの利用状況

在宅サービス利用状況

訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション  
通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活(療養)介護  
福祉用具貸与 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護

在宅サービスの提供状況

十分ある 不十分である(理由: )

3 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況

独居 高齢者のみ世帯 その他(同居 人世帯・別居)

主たる介護者

いない いる 続柄( ) 年齢( 歳)

介護者の心身の状況

「高齢」、「障害」、「病弱」等により介護に支障がある  
(要介護認定: )  
(障害手帳: 級/障害名 )

慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており介護に支障がある  
就労のため、日中は不在等で介護ができない  
就学のため、日中は不在等で介護ができない  
就学前の子どもを養育している  
入所希望者以外にも要介護者等を介護・看護している

他の家族等の協力

ほぼ毎日 週半分程度 月数回 年数回 なし

4 その他

申込みの状況

1 当該施設のみ申し込む

2 他の施設にも申し込んでいる 申込み数: 施設  
施設名( )

4 特別養護老人ホーム以外での生活が困難な理由

記入年月日 令和 年 月 日 事業所名

記入者氏名 連絡先電話番号