

特別養護老人ホーム入所申込書（その1）

特別養護老人ホームエンゼルの丘 施設長 様

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

【申込者】

住所	〒
ふりがな 氏名	本人との関係 ()
電話番号	()

特別養護老人ホームエンゼルの丘に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

本	ふりがな 氏名		性別	介護保険者
			男 女	被保険者番号
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	住所	〒	介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	障害高齢者の日常生活自立度（ねたきり度）		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
	障害者手帳の有・無	身・療・精 級 ()	年金の種類／国民年金・厚生年金・その他 () 支給額 万円／月・年	
人 の 状 況	現在利用している 在宅サービスの状 況を選び、() に 具体的内容を記 入 して下さい。	1 訪問介護 ()		6 通所リハビリテーション ()
		2 訪問入浴介護 ()		7 短期入所生活介護 ()
		3 訪問看護 ()		8 短期入所療養介護 ()
		4 訪問リハビリテーション ()		9 福祉用具貸与・購入費の支給 ()
		5 通所介護 ()		10 その他 ()
	優先入所を希望する理 由について該当するも のすべてを選び、() に 具体的内容を記入し て 下さい。	1 介護者がいないため。()		
		2 介護者はいるが、高齢等のため十分な介護が困難なため。 ()		
		3 介護者はいるが、障害や疾病の状況であり十分な介護が困難なため ()		
		4 介護者はいるが、就業しているため十分な介護が困難なため。 ()		
		5 介護者はいるが、育児または家族が病気であり十分な介護が困難なため。 ()		
		6 介護保険施設に入所しているが替わりたい。 ()		
		7 その他 ()		

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

本 人 の 状 況	施設及び病院に 入所、入院の場 合		施設名または病院名				
			所在地				
			入居または入院期間		年 月 日から		
医療的処置 (該当するものすべてを選んで下さい。)		1 経管栄養 2 中心静脈栄養 3 インシュリン注射 4 褥瘡(床ずれ) 5 在宅酸素 6 バルーンカテーテル 7 人工肛門 8 人工膀胱 9 その他 その他にありましたら記入下さい。()					
現在治療中の病気		病名		医療機関			
		病名		医療機関			
		病名		医療機関			
既往歴		病名		発症年月日		年 月 頃	
		病名		発症年月日		年 月 頃	
		病名		発症年月日		年 月 頃	
生活歴		出身地		趣味・特技			
		職歴		性格			
		1日の過ごし方					
身体 の 状 況		歩行		1 自立 2 補助具により可(杖・歩行器) 3 歩行介助 4 車椅子使用 5 歩行不可			
		食 事		1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助			
				主食		a 普通 b 粥 c ペースト d 流動食(経口・経管)	
				副食		a 普通 b 一口大 c 刻み d ペースト	
		排 泄		1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助 (a ポータブルトイレ使用 b 尿・便器使用 c おむつ使用)			
		入 浴		1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助			
		更 衣		1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助			
		視 力		1 普通 2 やや悪い 3 悪い 4 ほとんど見えない			
		聴 力		1 普通 2 やや悪い 3 悪い 4 ほとんど聞こえない			
		言 語		1 普通 2 聞き取りにくい 3 ほとんど話せない			
理解力		1 普通 2 やや低下 3 低下					
麻 痺		有・無		(右・左手・足)		拘縮 有 無 部位 ()	
その他(特にあれば 記入して下さい。)							
緊急時の連絡先		<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
〒 -		氏名		電話番号			
		印		携帯番号			
緊急時の連絡先		<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
〒 -		氏名		電話番号			
		印		携帯番号			

特別養護老人ホーム入所申込書（その3）

介護者の状況	主たる介護者	ふりがな 氏名		性別	本人との関係	
		男	女			
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ			
	同居の区分	1 同居 2 別居（住所 _____）				
介護者の状況	従たる介護者	ふりがな 氏名		性別	本人との関係	
		男	女			
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ			
	同居の区分	1 同居 2 別居（住所 _____）				
1	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児状況		主たる介護者の健康状況	
	有（常勤・パート）／無 □8時間以上 □4時間以上8時間未満		有（ 人 歳） 無 □常時の育児が必要 □半日の育児が必要		良好 不良（ _____ ） 主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良（ _____ ）	
	介護期間		年 月			
	※下記、□項目に該当する事項について印を付けてください。 主たる介護者が障害や疾病の状況にある為 □介護困難 □多少介護可能 □介護可能 □質問事項の状況にない 主たる介護者の家族の病気の状況において □常時看病が必要 □半日程度看病が必要 □時々看病が必要 □質問事項の状況にない 主たる介護者が複数の介護をしている為 □介護困難 □多少介護可能 □介護可能 □左記という事はない 従たる同居介護者の状況 □従たる同居介護者はいない □介護困難 □多少介護可能 □介護可能					
その他	入所を希望する時期		1 今すぐ入所したい。 2 年 月頃までに入所したい。			
	申し込みの状況		1 当該施設のみ申し込む。 2 他の施設に申し込んでいる。 所在地： 施設名：			
	待機期間		年 月			
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 （要介護度1又は2のみ記載）		□認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 □知的障害者・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 □家族等による深刻な虐待等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な状況である。			
個室・多床室の希望		1 個室に入所を希望する。 2 多床室に入所を希望する。 3 個室・多床室のどちらでもよい。				
説明 確認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 _____					

- ※1 認定調査票（写）、被保険者証（写）、サービス利用表（写）を添付して下さい。
- ※2 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出して下さい。
- ※3 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けて下さい。順番が変更になる事があります。
- ※4 要介護度の変更等の際には、再度介護保険被保険者証の写し、及び認定調査票の写しをご提出下さい。