

特別養護老人ホーム入所申込書（その1）

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

特別養護老人ホーム
たいようの杜 施設長 様

住所	〒
(フリガナ) 氏名	
電話番号	

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ) 氏名		性別	保険者		
	生年月日		男	被保険者番号		
	住所		女	要介護度	1・2・3・4・5	
	認知症等による 行動障害	1. 徘徊 2. 外出して戻れない 3. 被害妄想 4. 大声を出す 5. 介護に抵抗 6. 収集癖 7. 物や衣類を壊す 8. 昼夜逆転 9. 作話 10. 感情が不安定 11. 同じ話をする 12. 落ち着きがない 13. ひどい物忘れ 14. 独り言 15. 異食（食べ物以外を口に作る） 16. 暴言・暴力 17. 不潔行為（便いじり・放尿）			介護認定 期 間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで
	心身の状況	1. 障害あり（障害の種類： . 級）			2. なし	
	入所を希望する 理由	1. 主たる介護者 ①いない（音信不通を含む） ②長期入院・施設入所によりいない（病院・施設名： _____） （ _____ ） 2. 主たる介護者がいるが介護が困難（複数回答あり） （理由） ① 高齢 ② 障害者 ③ 複数の要介護者がいる ④ 就業 ⑤ 育児 ⑥ その他 （ _____ ） 3. 地域の介護サービス等に不足がある（複数回答あり） ※金銭面及び負担限度額による不足は除く ① 夜間の介護サービス ② 往診や訪問看護等医療系サービス ③ 常時の見守り ④ 家事支援等の安価なサービス活動（配食サービス等） ⑤ その他 （ _____ ） 4. その他 （ _____ ）				
	医療的処置の状況	現在、治療中の病気等の番号（複数回答あり） 1. 点滴 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. 人工肛門 5. 酸素療法 6. 褥瘡 7. 人工呼吸器 8. 気管切開 9. 疼痛看護 10. 経管栄養 11. モニター測定 12. 尿カテーテル 13. インシュリン（1日 回 単位数） 14. 痰吸引（1日 回程度）				

※該当するもの全てに○をつけてください。

※該当するもの全てに○をつけてください。

※（ ）内には、入所を希望する理由を具体的に記入してください。

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(フリガナ) 氏名		性別	本人との関係
		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女	
		同居区分	1. 同居 2. 別居 ()	連絡先	(自宅) (携帯)
		住所	〒		
	従たる介護者	(フリガナ) 氏名		性別	本人との関係
		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女	
		同居区分	1. 同居 2. 別居 ()	連絡先	(自宅) (携帯)
		住所	〒		
	介護期間	介護の可能性 介護困難 多少介護可能 介護可能			
	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態	
有（常勤・パート）	有（ 人 歳）		良好 不良（ ）		
無	無		主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良（ ）		
そ の 他	入所を希望する時期	1. 今すぐ 2. 年 月頃までには、入所したい			
	申込の状況	1. 当該施設のみ申し込む 2. 他の施設に申し込んでいる ()			
	待機月数	年 月			
	要介護1・2の方のみの項目 やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由	1. 認知症の診断があり、日常生活に支障がある症状・行動、意思疎通が難しい事が、よくある。 2. 知的障害・精神障害があり、日常生活に支障がある症状・行動、意思疎通が難しい事が、よくある。 3. 家族等から深刻な虐待が疑われ、心身の安全・安心を保つのが難しい。 4. 単身世帯、または、同居世帯が高齢又は病弱で介護に協力できない事に加え、地域での介護サービスや生活支援のサポート体制が不十分である。 ※該当するものに○をつけてください（複数回答あり）			
説 明 確 認	私は、入所申込の際、入所に関する手続及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。 また、特例入所についての説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。				
	令和 年 月 日 氏名				