

様式1

指定介護老人福祉施設等入所申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送り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	:
電話	:

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。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム ほしの郷		保 険 者					
	長柄							
	長南 (従来型 ・ ユニット)							
氏 名 (フリガナ)	性別	性 別	被 保 険 者 番 号					
				要 介 護 度	1	2	3	4
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要 介 護 認 定期間	令 和 年 月 日 から	令 和 年 月 日 まで				
現 住 所	〒 —							
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 令和 年 月から入所・入院している							
入所希望者の状況 入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他()							
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 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見られる。 <input type="checkbox"/> 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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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である。							
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい							
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】							
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()							
主たる介護者	氏 名	性別	本人との関係					
	氏 名	男・女	生年月日	明・大・昭 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	【介護をしているうえで困っていること等】							

特別養護老人ホーム ほしの郷・長南 入所申込に伴う意見書

ふりがな		介護保険被保険者番号	
入所申込者の 氏名と住所、 電話番号		生年月日	明治 大正 昭和
			年 月 日

ケアプランに ついて	在宅サービスの利用率	% (支給限度額に対する利用割合)
	利用しているサービス	
	サービス名	利用回数など
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など	
ご本人の状況	1. 身体の状況について (麻痺や萎縮など、介護を要する身体状況)	
	2. 認知等について (介護や見守りを要する痴呆の症状)	
	3. 疾患等について (特に注意を要するものや医療器具の使用など介護や看護を要する疾患)	
その他留意すべきこと	ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと	

記入者氏名		職 種	1. 介護支援専門員 2. その他 ()
事業所区分	1. 居宅介護支援事業者	2. 在宅介護支援センター	3. その他 ()
事業所名		電話番号	

入所申込調査票

受付日 令和 年 月 日

介護保険証

介護度	保険者	認定日	有効期限
	市区 町村	令和 年 月 日	令和 年 月 日

身障手帳の有無

種 級	障害名

年金等

年金の種類	年額（概算）

医療保険等

国保	社保	生保

入所希望理由

--

家族等連絡先

連絡 順位	氏 名	住 所	電 話 携 帯	連絡のとりやすい 時間帯、連絡先

受付者 _____ ㊞

調査票

1. 入所を申し込まれたご本人についてお聞かせください。

どこ（自宅・病院・施設等）でどういった環境（家族構成や介護をする人の有無等）で生活されているか、ご本人の普段の様子も交えてお書き下さい。

()

入所を希望される理由についてお書きください。

()

現在治療中の病気等があればお書きください。

()

*現在行っている医療法で、当てはまるものがあれば○をしてください。

1. 経管栄養 2. 胃ろう 3. 在宅酸素療法 4. インシュリン注射
5. その他 ()

現在認知症の症状はありますか。

1. ある 2. ない

ある場合、どういった症状(行動)でお困りになっているか、お書きください。

()

2. 主として介護をされていらっしゃる方にお聞きします。

ご自身に、介護が困難となる病気、障害はありますか。

1. ある 2. ない

お仕事はされていますか。

1. いる 2. いない

同居のご家族の中に介護を手伝ってくれる方はいらっしゃいますか。

1. いる 2. いない

*いらっしゃる場合、どの程度してくれるかをお書きください。

()

同居されているご家族以外の親族で、介護を手伝ってくれる方は、いらっしゃいますか。

1. いる 2. いない