

特養入居申込書

申込受付日 令和 年 月 日

申込者(ご連絡先及び郵便物送付先) 申込受付 No.

住所	〒		
氏名	(入所希望者との続柄)		
電話	自宅	携帯	

地域密着型特別養護老人ホーム愛に入居したいので次の通り申込みします。

## 1. 入居希望者の情報

フリガナ		被保険者番号	
氏名		保険者	
現住所	〒		
生年月日	明・大・昭 申込現在 歳	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給無し
	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	居住歴 年
要介護度	<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 / 有効期限 平成 年 月 日		
認知症度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明		
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 不明		
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他( )		
疾病等の状況	医療機関名	主治医氏名	
	既往歴		

医療等の 必要性	・感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無・医療用具の使用 <input type="checkbox"/> ・バルーン <input type="checkbox"/> ・人工肛門 <input type="checkbox"/> ・在宅酸素 <input type="checkbox"/> ・インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ・人工透析 <input type="checkbox"/> ・経管栄養 <input type="checkbox"/> ・褥瘡(とこずれ)・その他 ( )
現在の居 所	<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"/> 施設や病院等に入居(入院)している 施設名 _____ 所在地 _____。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 入所(入院)  退所(退院) 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 退院(退所) 済・予定

## 2. 入居希望の状況

入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「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"/> 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( )
特例入所の理由	(要介護1又は2の入所申込者のみ記入)
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 空室があり次第入居したい <input type="checkbox"/> 令和 ____ 年 ____ 月頃迄に入居したい
短期入居希望	短期入居の利用を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
他施設の申込状況	他施設への申込を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> する予定 <input type="checkbox"/> する予定無し
在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 週____回以上 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週____回以上 <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリ 週____回以上 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリ 週____回以上 <input type="checkbox"/> 短期入居 直近3カ月の利用回数 ____日 <input type="checkbox"/> 夜間訪問介護 週____回 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 週____回 <input type="checkbox"/> その他( )週____回 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用無し
ご利用中の居宅介護支援事業所名	事業所名: 担当介護支援専門員氏名:

## 3. 主たる介護者の情報

フリガナ		性別	男・女	本人との関係	
氏名		生年月日	大・昭・平	歳	年 月 日
住所	〒				
電話	自宅	携帯			
同居区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 同居する予定 <input type="checkbox"/> 別居する予定				
お勤め状況	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職			週労働時間	時間

その他介護者	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内 市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申 込者との 関係	
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内 市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申 込者との 関係	
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内 市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申 込者との 関係	
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内 市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申 込者との 関係	
	名前		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内 市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申 込者との 関係	

## 4. ご本人様の自宅での1日の過ごし方を教えてください。

6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時

・1週間の過ごし方を教えてください。

・ご本人は若いころどのような仕事(いつ頃まで)、またどのようなことをなさってきましたか？

・ご本人の趣味嗜好楽しみごとがあればご記入ください。いつ頃までされていきましたか

・ご本人の性格と、注意すべき事項があればご記入ください。

5. ご本人の住宅の状況について教えてください。該当するものに○をしてください。

住居の形態	持ち家・借家		平屋・2階建て・マンション	間取り	DK
	本人居室	有(専用・兼用)・無	和室(畳)・洋室(フローリング)	布団・ベッド	
		広さ	畳	トイレ	和式・様式・Pトイレ・その他( )

ご本人が主に過ごされている部屋の間取りを簡単に描いてください。

定規を使って書く必要はありません。ベッドの位置などわかる範囲でお願いします。

例		
---	--	--

6. 同意確認

1. 入居申込に関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。
2. 入居要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入居申込に関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。
3. 申込から2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく、施設が入居希望者の状況を把握することができない場合には、本申込を無効とすることについて同意します。

入居希望者氏名 印

申込者氏名 印