

(様式1)

## はなみずき 入居申込書

※受付日は施設にて記入いたします。

申込受付日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

※受付後5年間保存します。

特別養護老人ホーム はなみずき 施設長 宛

申込者(連絡先)

住 所	〒		
フリガナ		続柄	電話番号
氏 名			(自宅) (携帯)

入居を希望するため、次の通り申し込みます。

入居希望者の状況	フリガナ		性別	男 ・ 女		
	氏 名		住民登録	区・市・町・村		
	現住所	〒		電話番号		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日 ( 歳)	
	年 金	種 別		年額	円	
		種 別		年額	円	
	障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____ ) (判定 _____ 級(度) _____ 年 _____ 月 _____ 日交付)				
	介護保険	被保険者番号				
		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			
	介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 (食費の負担限度額: <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円) <input type="checkbox"/> 無				
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所・入院している					
	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所・入居している					
	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている					
	◆施設・病院等に入所・入院している場合					
	施設又は病院名					
	所在地					
	入所(入院)日	平成・令和	年	月	日 ~ 入所(入院)中	

現在利用している居宅サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [ ]																																
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 商品名[ ]																																
	<input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 改修箇所[ ]																																
	<input type="checkbox"/> その他																																
入居希望者の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 全部支援 食事の種類 { <b>【主食】</b> <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 五分粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー { <b>【副食】</b> <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー																																
	義歯 <input type="checkbox"/> 上義歯 ( 部分・総入歯 ) <input type="checkbox"/> 下義歯 ( 部分・総入歯 ) <input type="checkbox"/> 自歯																																
	制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Kcal																																
	禁止食品																																
	排泄(昼) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ支援(一部支援・全部支援) <input type="checkbox"/> ベッド上支援(全部支援) <b>【排泄用品】</b> <input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )																																
	排泄(夜) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ支援(一部支援・全部支援) <input type="checkbox"/> ベッド上支援(全部支援) <b>【排泄用品】</b> <input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )																																
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 全部支援 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽(機械浴) <input type="checkbox"/> 中間浴																																
	<b>【上衣】</b> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 全部支援 <b>【下衣】</b> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 全部支援																																
	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 全部支援 <b>【手段】</b> <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり																																
	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない																																
	聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない																																
	言語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 言語障害あり																																
	医療的処置 *該当するものをすべて選んでください。  分かる範囲でご記入ください。	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) <b>◆現在治療中の病気</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>病院名</th> <th>区分</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院・通院</td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院・通院</td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <b>◆既往歴</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>病院名</th> <th>区分</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院・通院</td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院・通院</td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院・通院</td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>	病名	病院名	区分	期間			入院・通院	年 月～			入院・通院	年 月～	感染症				病名	病院名	区分	期間			入院・通院	年 月～ 年 月			入院・通院	年 月～ 年 月			入院・通院
病名	病院名	区分	期間																														
		入院・通院	年 月～																														
		入院・通院	年 月～																														
感染症																																	
病名	病院名	区分	期間																														
		入院・通院	年 月～ 年 月																														
		入院・通院	年 月～ 年 月																														
		入院・通院	年 月～ 年 月																														

入居希望者	入居希望者の意向 (入居希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入居希望者が特別養護老人ホームへの入居を希望している。 <input type="checkbox"/> 入居希望者は在宅での生活を希望している。 <input type="checkbox"/> 入居希望者の意向は確認していない。 <input type="checkbox"/> その他( )				
	入居を希望する理由  * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行なっている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下、浴室、便所等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居外に階段や段差などがあり、スロープなどを使用しても十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 老人保健施設、療養型医療施設、病院等に入所(入院)しており、退所(退院)後も在宅介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( )				
家族や住居等の状況	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	氏名		年齢	歳	性別 男・女	
	住居の区分	<input type="checkbox"/> 同居	別居の場合住所	〒		
		<input type="checkbox"/> 別居		電話		
	本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )				
	介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 時々通院している <input type="checkbox"/> 病気療養中である ( )				
	主たる介護者が 育児又は家族が 病気の状況にある	<input type="checkbox"/> 常時の育児・看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日 育児・看病が必要 <input type="checkbox"/> 時々育児・看病が必要 <input type="checkbox"/> なし				
	就労状況	<input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4時間～8時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 就労していない				
同居介護者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる( <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子( ) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )					
介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 数時間程度は可能 <input type="checkbox"/> 介護困難					
別世帯の 介護協力者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる( <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子( ) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )					
介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 数時間程度は可能 <input type="checkbox"/> 介護困難					
在宅介護期間	年 月					
	介護をしている上で特に困っていること・不安に思っていること _____ _____ _____ _____ _____					

その他	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までには入居したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入居したい
	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 他の施設名 _____ _____

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	電話 ( )
	事業所名			

備考	<p>この入居申込書に記載した事項あるいは記載事項にない事項等で、特に優先的な入居を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	---

おねがい	入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入居申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
------	---

当施設が保管する入居申込みに関する情報については、県又は市町村から状況把握のために提示を求められることに同意します。また、当施設が入居希望者の状況等について現在入所中の施設の相談員や担当のケアマネジャーに問い合わせをすることに同意します。	
利用者氏名	印
申込者氏名	印

説明確認欄	私は、入居申込みの際し、入居申込みから入居契約までの手続き、及び入居順位の決定方法等について、施設から説明を受けました。	
	令和 年 月 日 氏名	本人との続柄 ( )

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1又は要介護2のみ記載)

- 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。
- 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。
- 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、同居家族が高齢者または、病弱である等により家族等による支援が期待できず、且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。

(理 由)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---