

申込施設名		<input type="checkbox"/> 桜ヶ丘延寿ホーム <input type="checkbox"/> 和光園 <input type="checkbox"/> 愛生苑 <input type="checkbox"/> ケアプラザ多摩 <input type="checkbox"/> 白楽荘 <input type="checkbox"/> その他( )			申込提出日		年 月 日				
入居希望者 (被保険者)	ふりがな				性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	入所希望者 氏名										
	住所	〒									
	電話番号										
	介護保険 被保険者番号										
	要介護度	要介護 1		要介護 2		要介護 3		要介護 4		要介護 5	
	要介護認定 有効期間	平成	年	月	日から	認定年月日		平成	年	月	日
	現在の 生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他 ( ) 施設・病院名 ( ) 入院・入所時期 年 月から									
	障害等の状況	*愛の手帳 度				*精神障害者手帳 級					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早い時期に入所を希望 <input type="checkbox"/> いずれは入所したいが、今は在宅を希望									
申込者	ふりがな				続柄						
	申込者氏名				電話番号		自宅				
	申込者住所	〒							携帯		
連絡先	この申込に 関する連絡先	<input type="checkbox"/> 上記申込者と同じ (下記の連絡先は記入不要) <input type="checkbox"/> 申込者以外 (申込者以外の場合、下記に連絡先等をご記入ください)									
	ふりがな				続柄						
	連絡先氏名				電話番号						
	連絡先住所	〒									

私は、貴施設の入所決定方法等について説明を受けました。この申込書にある内容を、保険者、地域包括支援センター、担当するケアマネジャーへ提供することに同意します。

特別養護老人ホーム 施設長 様

平成 年 月 日

氏 名

印

※申込施設は複数選択することができますが、入所申込書は選択したすべての施設に提出してください。

被保険者の世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 同居者がいる							
主たる介護者等について	ふりがな				性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名							
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合の住所	〒				
	続柄	親子・配偶者・親族 ( )・その他 ( )						
状況	主たる介護者について、あてはまるところすべてにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者がいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が要介護・要支援状態 (要介護度 ) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が病弱 (病名 ) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が障害を有する等 (障害名 ) 身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳 ( 級・度) <input type="checkbox"/> 遠方在住 (通常の交通手段で片道 時間) <input type="checkbox"/> 就業中 (週 時間勤務) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が未就学児を育児中 (続柄 年齢 ) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が複数の方を介護している (介護状況・介護度 ) ※介護が困難な状況について、具体的に記入してください							
主たる介護者以外に介護を手伝う方		<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (親族・それ以外の方 ( ))						
手伝う方がいる場合の協力頻度		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週数回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度 <input type="checkbox"/> 年数回程度						
住居について	住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 (戻る家がある・ない) ※どちらかに○ <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている (時期: )						
	問題	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい (段差が多い等) <input type="checkbox"/> 介護をする上で、住宅上の問題はない <input type="checkbox"/> その他 ( )						
ケアプラン等	ケアプラン	<input type="checkbox"/> 作成している <input type="checkbox"/> 作成していない						
	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (事業所名 ケアマネジャー名 電話番号 )						
	居宅サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス 週 回 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 <input type="checkbox"/> ショートステイ 月 回 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 今後居宅サービスを (増やしたい・減らしたい・今のままでよい) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービスや生活支援の供給が不十分 (理由: )						
認知症の症状について	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> 失火の恐れ <input type="checkbox"/> その他 ※介護や見守りを要する認知症の症状について具体的にご記入ください ( ) ※認知症高齢者の日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M							
疾患及び医療状況について	<input type="checkbox"/> 特に注意が必要な疾患がある (病名等 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥そう治療 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )							