

様式 1

指定介護老人福祉施設 入所申込書

表

今後、郵便物等はこの連絡先に送らせていただきます。

申込者連絡先	住所	〒 -		
	氏名		続柄	
	電話	()		
	携帯	()		

施設 記 入 欄	申込日	平成 年 月 日		
	受付日	平成 年 月 日		
	受付番号		担当者名	
	法人名	社会福祉法人 梅香会		
	施設名	特別養護老人ホーム 矢那梅の香園 ・ いわね潮の香園		

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。

申込先	矢那梅の香園 ・ いわね潮の香園		保険者		
入所希望者の状況	フリガナ		性別	被保険者番号	
	氏名		男・女	要介護度	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		介護認定期間	
	自宅住所	〒 -	電話番号	()	
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <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、下記にご記入下さい			
		施設名又は病院名			
		所在地(市区名のみ)			
	入所を希望する理由 (該当するもの全てを選んでください)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護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"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、(昼間独居となり)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"/> 介護する者が遠方で距離的に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、自分で介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <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ため <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ため <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ため <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ため			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内			
利用している居宅介護支援事業者名	電話: ()	担当ケアマネジャー氏名			

本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気】 病名 _____ 受診している医療機関名 _____ 【特記事項】 ※特記事項があれば必ず記入して下さい。				
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は申込み予定。(箇所) ※既に申し込んでいる他施設名 () () () ※申し込み予定の他施設名 () () () 特養待機期間(他施設も含む) _____ 年 _____ か月				
主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 _____ 人				
	主たる介護者	フリガナ	_____	性別	本人との関係	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		氏名	_____	男・女	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	意見等 (介護しているう えで困っていること など)	住所	〒 _____ 電話番号 () _____			
		同居以外の親族や援助の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者有 <input type="checkbox"/> 親族・援助者無			
収入状況 (本人)	<input type="checkbox"/> 年金・恩給等 種類 _____ 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> その他収入 年額 _____ 円					
施設利用料等負担者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部縁故者 <input type="checkbox"/> 全額縁故者 <input type="checkbox"/> その他() ※縁故者の場合 住所 _____ 氏名 _____ 続柄 _____ 職業 _____					
入居する居室の希望 (木更津市内の方)	<input type="checkbox"/> 個室希望 <input type="checkbox"/> 多床室(4人部屋) <input type="checkbox"/> どちらでもよい					
私は、入所申込書にある内容を、行政機関等へ情報を提供することに同意をします。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____ (印)						

- 注1 「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「介護保険負担割合証」・「介護保険負担限度額認定証(認定者のみ)」の写しを添付してください。
- 注2 介護度など変更や他特別養護老人ホーム施設へ入所及び死亡の場合は、必ず当施設へお知らせください。
- 注3 必要に応じて申し込み後の状況について、施設から確認や連絡をする場合があります。
- 注4 入所希望時期については、入所決定に際し、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

様式2

状況確認票

特別養護老人ホーム（矢那梅の香園・いわね潮の香園）

※担当している介護支援専門員（ケアマネジャー）等にご記入をお願いして下さい。

居宅介護支援事業者等名称		TEL	
担当介護支援専門員等氏名		FAX	

第1回第2回第3回

入所申込者氏名		被保険者番号												
要介護度	要介護 1・2・3・4・5	介護保険負担限度額認定	□有(段階)・□無		介護保険負担割合	□1割・□2割								
在宅サービスの利用率	% □ 未利用 □ 入院・入所中(入院・入所先:)													
認知症診断	□無 □有(失見当識・徘徊・不潔行為・摂食異常・幻覚・幻聴・攻撃的行為) 日常生活自立度 (□Ⅲa以上・□Ⅱb・□Ⅱa・□Ⅰ・□自立)													

○主たる介護者・家族の状況

世帯の状況	□ 独居 □ 高齢者世帯 □ 家族と同居 □ その他()												
主たる介護者の氏名		性別		年齢	歳	続柄							
介護者の介護負担	□ 重い □ やや重い □ 軽い □ 負担に感じない												
介護者の障害、疾病	□ 無 □ 有()												
介護者の就労	□ 無 □ 有(職業等) 就労日数 : 週に 日 就労時間 : 1日 時間単位												
他の要介護者	□ 無 □ 有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)												
介護者の育児・家族の病気	□ 無 □ 有()												
介護者の介護の関わり	□ 介護できない □ 介護に消極的 □ やや消極的 □ 普通												
他の同居介護協力	□ 無 □ 有(週 日程度協力あり)氏名 続柄												
別居血縁者介護協力	□ 無 □ 有(週 日程度協力あり)氏名 続柄												
近隣者等の介護協力	□ ほとんどなし □ 随時あり □ 常時あり												

○健康状態

現疾患(現在の病気)	既往歴(過去の病気)
------------	------------

○主治医

病院・医院名		医師名	
住所・連絡先	〒	TEL	

○担当介護支援専門員等からの意見

--

記載者氏名

印