

(様式1)

標準入所申込書

申込日	20××年××月××日	受付日	××年××月××日
受付番号	施設側の記入です	受付者	施設側の記入です

※赤字部分のご記入をお願いいたします。

あさみぞホーム 施設長 殿

申込者 (連絡先)

住所	〒 - 〇〇県××市~~~~~マンション等の名称、部屋番号も願います		
(フリガナ)	××× ××××	電話番号	123-4567-890
氏名	〇〇 〇〇	FAX・Eメール	~~~~~@~~~~

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。

入所希望者の情報	(フリガナ)	〇〇 〇〇	性別	男・女	年齢	××歳
	氏名	〇〇〇 〇〇〇	生年月日	明治・大正・昭和〇〇年〇〇月〇日		
	住所	〒123-4567 〇〇県〇〇市~~~~~マンション等の名称部屋番号・・・	住民登録	〇〇市・区・町・村		
			電話番号	000-1111-2222		
	介護保険	被保険者番号	1234567891(介護保険被保険者証の番号)			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
		(認定期間)	令和〇〇年××月△△日 ~ 令和〇〇年××月□□日			
	認知症高齢者の日常生活自立度	※更新申請中の場合(申請日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
	健康保険	種別	後期高齢者医療被保険 等		記号・番号	12345678
	年金等	種別	老齢基礎年金・厚生年金 等			
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 手帳の種類 (障害名)) (判定 級(度) 年 月 日)					
現在の状況及び介護サービスの利用状況	1 施設等 <input type="checkbox"/> 特養(□ 従来型 □ ユニット型) <input checked="" type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 軽費 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅含む) <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> その他()					
	● 入所・入居中の施設 ・施設名【 介護老人保健施設 〇〇ホーム 】 ・所在地【 〇〇 市・区・町・村】 ・入所・入居期間【 令和×× 年××月××日 ~ 現在】					

2 病院 (入院が必要となった理由: 誤嚥性肺炎のため)
● 入院中の病院
・病院名【 〇〇病院 〇〇科 】 ・所在地【 〇〇 市・区・町・村】
・入院期間【 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 入院中】

※ ご本人の心身状況を把握している方が正確にお書きください。ご不明な点は担当ケアマネジャー等にご相談ください。	
入所希望者の情報	<p>1 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>2 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 常時徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食(食物以外のものを口にに入れる) <input type="checkbox"/> 介護抵抗</p> <p><input type="checkbox"/> 自傷(自分を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 他傷(他人を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 声出し</p> <p><input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不快な音を立てる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 自殺願望</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
	<p>※ 上記内容を具体的に記入して下さい</p> <p>例: 就寝時間になると、廊下を歩かれたり居室内を歩き回ることがある。「家に帰らないと」等の発言がある。オムツの中に手を入れられていたり、便が出ている時は手に持っていたり床に落ちている事が見られる。等。</p>
医療情報	<p>※ 申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません</p>
	<p>医療的処置</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>2 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 常時吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)</p> <p><input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> その他()</p>
	<p>【既往歴】</p> <p>入院の有無 年月</p> <p>結核の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)</p> <p>入院・手術: 白内障(左右) ××××年「●●病院」</p> <p>※ 入院していた場合はその時期もご記入下さい。(入院H●年●月～H▲年▲月)</p>
	<p>【現病歴】</p> <p>入院の有無 発病年月</p> <p>2022年4月1日 右大腿骨転子部骨折、●●病院入院</p> <p>2022年4月6日 手術</p> <p>2022年4月30日 退院予定</p> <p>※ 入院している場合は入院時期もご記入下さい(入院H●年●月～)</p>
	<p>内服薬</p> <p>●●錠 5mg(●●製薬) 1日1回朝食後服用</p>
	<p>特記事項</p> <p>令和×年×月、エスカレーターにて転倒、腰椎圧迫骨折、以来車椅子使用。</p> <p>手術不能(●●病院整形外科)の診断により、令和×年×月より週1回●●の注射(●●整形外科)を開始。計52回を終える。この2年間体調は徐々に悪化している。</p>
生活支援サービス等の情報	<p>1 <input checked="" type="checkbox"/> 無</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 見守り(週 回) <input type="checkbox"/> 配食(週 回) <input type="checkbox"/> サロン(週 回)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体介護(週 回) <input type="checkbox"/> ミニデイ(週 回) <input type="checkbox"/> 掃除(週 回)</p> <p><input type="checkbox"/> 洗濯(週 回) <input type="checkbox"/> ゴミ出し(週 回) <input type="checkbox"/> 機能訓練(リハビリ)(週 回)</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔ケア(週 回) <input type="checkbox"/> 栄養改善・維持(週 回)</p> <p><input type="checkbox"/> その他(週 回)()</p>
※ 生活支援サービス等とは、介護保険制度の訪問介護、通所介護等以外のサービスで、市民、NPO、市からの委託等によるサービスのことです。	

	入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input checked="" type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他()					
介護者や住居等の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りが無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 checked="" type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害等を有しており、十分な介護が困難 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難					
		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での生活が困難 <input checked="" type="checkbox"/> その他(具体的に記載して下さい) 例：現在入院中だが、手術終了後もリハビリ入院にて対応することは困難との医師の判断有。 以前より悪化した状態での自宅介護は、介護者の条件もあり困難であるため					
主な介護者	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	<input type="checkbox"/> ××歳	
	氏名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	生年月日	大正・昭和・平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日			
	同居の区分 別居の場合の連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 - 電話番号 ()					
	入所希望者との関係	<input checked="" 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()					
	他の介護者	<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 checked="" type="checkbox"/> いない					
	特記	(介護をしている上で特に困っていること等) ・介護者が高齢で介助する体力がない ・居住先のバリアフリー構造への改造不可					
	その他	入所を希望する時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 必要な時に入所したい <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい </div>				
他施設の申込み状況		<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる。 (他の施設名) 特別養護老人ホーム〇〇ホーム					

担当ケアマネジャー	氏名	△△△ △△	連絡先	電話 123 (5678)9101
	事業所名	居宅介護支援事業所 ○○○		
備考				

おねがい 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所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所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。事実と違う場合は優先順位が変更される場合があります。

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p>説明を受けた日を記入 (入所希望者本人との続柄)</p> <p><u>20××年○月○日</u> 氏名 <u>○○ ○○</u> (続柄 <u>妻</u>)</p>
同意書	<p>当施設が保管する入所申込みに関する情報については、神奈川県又は相模原市若しくは相模原市以外の保険者から状況把握のために提示を求められた場合、これを提示することに同意します。</p> <p>入所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、入所申込みに関する情報を施設が相模原市又は相模原市以外の保険者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。</p> <p>本入所申込書の有効期限は受付日から5年間（ただし、この間に様式6（介護状況変更連絡書）を提出した場合には、その受付日から、さらに5年間有効期限が延長となります。）となりますが、申込みから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所希望者の状況を把握することができない場合には、申込みを無効とすることについて同意します。</p> <p>郵送時は、お電話にて、持参時は来訪時にご説明いたします。</p> <p>入所希望者氏名 <u>○○ ○○○</u> (印)</p> <p>※ 申込者が本人以外の場合</p> <p>申込者氏名 <u>○○ ○○○</u> (印)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>氏名欄は、自署の場合には押印不要です。</p> </div>

【施設使用欄】

特例入所の可能性	<input type="checkbox"/> 非該当 <div style="background-color: #add8e6; padding: 20px; font-size: 2em; color: red; font-weight: bold;"> こちらは 施設側が 記入いたします。 </div>
備考	