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	〒 - ○○県××市~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~						
(フリ	リガナ)	××× ××××	電話番号	123-4567-890				
氏	名	00 00	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	(フリ	ガナ)	○○ ○○ 性別 男・女 年齢 ××歳								
所希望者の	氏	名	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□								
者 の は	住	===	〒123-4567 住民登録 C・町・村								
情報	土	所	○○県○○市~~~~マンション等の名称部屋番号・・・ 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 1 □ 要介護 2 □ 要介護 3 ☑ 要介護 4 □ 要介護 5								
	要介證	護認 定	(認 定 期 間) <mark>令和○○年××月△△日 ~令和○○年××月□□日</mark>								
			※更新申請中の場合(申請日: 年 月 日)								
	認知症高齢者の 日常生活自立度		□ 不明 □ I □ IIa □ IIb 🗹 IIIa □ IIIb □ IV □ M								
	健 康	保 険	種 別 後期高齢者医療被保険 等 記号・番号 12345678								
	年 釒	金 等	種別と齢基礎年金・厚生年金等								
			□有 無								
	障害手帳等		手帳の種類 (障害名)								
			(判定 級(度) 年 月 日)								
	現 在	1 施	設等								
	\mathcal{O}	□ 华	特養(□ 従来型 □ ユニット型) ☑ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ 軽費 □								
	状況	ハウス	□ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム(サービス付き高齢者向け住宅含む)								
	況及び介護サ		枚護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ その他()								
	介		所・入居中の施設								
			設名【 介護老人保健施設 ○○ホーム 】 ・所在地【 ○○ 市・区・町・村】								
	ビビ		所・入居期間【 令和×× 年××月××日 ~ 現在】 								
	スの		院 (入院が必要となった理由: 誤 <mark>嚥性肺炎のため</mark>								
	利用	●入	院中の病院								
	状況		院名【 ○○病院 ○○科 】 ・所在地【 ○○ 市・区・町・村】								
	亿	・入	院期間【 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 入院中】								

入		3 在	宅等 ※【	】は事業者名を記入				
所希		□ 訪問介護(週 回)【 】						
希望者	現	□ 訪問入浴介護(週 回)【 】						
信	現 在 の	☑ 訪問看護(週 回)【 ○○ <mark>医院</mark> 】						
報	状	∠ ii	方問リハビリテ	ーション(週 回)【 ○○リハビリテーションセンター 】				
	状況及び	□ ii	通所介護(週					
	び介護	□ 通所リハビリテーション(週 回)【 】						
	護 サ	□ 矣	豆期入所生活介	護(最近3ヶ月の利用日数合計 日)【 】				
	ービ	□ 匆	豆期入所療養介	護(最近3ヶ月の利用日数合計 日)【 】				
	スの		友間対応型訪問	引介護【 】 】 】 】				
	利用		忍知症対応型通	所介護【				
	状	□ /,	小規模多機能型	居宅介護【				
	況		定期巡回・随時	対応型訪問介護看護【				
		□ ≉	 5 護 小規模多機	能型居宅介護【				
			その他()				
			状態	□ 自立 □ 見守り ☑ 一部介助 □ 全介助 □ 経口摂取不可				
		食事	食事形態	主食 □ 常食 ☑ 半粥食 □ 全粥食 □ ミキサー □ その他()				
				副食 □ 常食 ☑ 刻み □ みじん □ ミキサー □ その他()				
			嚥下	□ むせない □☑ 時々むせる □ 毎回むせる □ トロミ剤の使用(□有 □無)				
			状態	□ 自立 ☑ 誘導・一部介助 □ 全介助				
		ᆈᅛ	尿意・便意	尿意 □ ある ☑ 時々ある □ ない 便意 □ある ☑ 時々ある □ない				
		排 泄	下着	□ 綿パンツ ☑ オムツ(□ 昼 □ 夜) □リハビリパンツ(☑ 昼 □ 夜)				
				□ パッド(☑ 昼 □ 夜)				
			場所	□ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 ☑ その他(居室)				
			状態	□ 自立 ☑ 見守り □ 一部介助 □ 全介助				
	入	入浴	方法	□ 家庭の浴槽 □ 訪問入浴介護サービス ☑ 施設一般浴 □ 施設機械浴				
	所	竹口	更衣	□ 自立 □ 見守り ☑ 一部介助 □ 全介助				
	入所希望者の		拒否	□ なし ☑ 時々ある □ 強くある				
			移動方法	□ 自立歩行 □ 杖歩行 □ 歩行器(□ 安定 □ 不安定)				
	状 況			☑ 車椅子(自操 ☑ 可 □ 不可) □ 寝たきり				
		動 作 等	立位	□ 安定☑ 支えがあれば可□ 不安定□ 不可□ 不可				
		等	座位	□ 安定 □ 支えがあれば可 ☑ 不安定 □ 不可				
			寝返り	□ 可 ☑ つかまれば可 □ 不可				
			外出	□ まれである ☑ しない □ 寝たきり				
			視力	□ 見える ☑ 見えにくい(☑ 眼鏡使用) □ 見えない(□ 左 □ 右)				
		身休	聴力	□ 聞こえる ☑ 聞こえにくい(□ 補聴器使用) □ 聞こえない(□ 左 □ 右)				
		身体状況	言語	□ 話せる ☑ 聞き取りにくい □ 話せない				
		<i>V</i> u	意思	□ 疎通できる ☑ ある程度できる □ 疎通できない				
		麻痺の有無		□ 無 ☑ 有(□ 左上肢 ☑ 右上肢 □ 左下肢 ☑ 右下肢 □ その他)				
			睡眠	□ 普通 ✓ 眠れないことが多い □ 不眠 □ 睡眠薬の使用(□ 有 □ 無)				
		嗜好品	(飲酒・煙草)	飲酒 ☑ 飲まない □ 飲む(量) 煙草 ☑ 吸わない □ 吸う(本/日)				

	※ 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		1 □無	
所希		2 ☑ 有	☑ 常時徘徊 ☑ 不潔行為 □ 異食(食物以外のものを口にいれる) □ 介護抵抗
希望者			□ 自傷(自分を傷つける行為) □ 他傷(他人を傷つける行為) □ 収集癖 □ 声出し
の情			□ 暴言 □ 不快な音を立てる □ 昼夜逆転 □ 不眠 □ 被害妄想 □ 自殺願望
報	認知症		□ その他()
	症の状況	※ 上記内容	を具体的に記入して下さい
		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。	
		※ 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
		医療的処置	2 ☑ 有 □ 経管栄養 □ 胃ろう □ 酸素療法 □ インシュリン注射 □ 常時吸引
			□ 気管切開 ☑ 褥瘡の処置 □ カテーテル留置 □ ストマ(人工肛門)
			□ 膀胱ろう ☑ 皮膚疾患 □ その他()
		【既往歴】	結核の既往(□ 有 ☑ 無)
		入院の有無	入院・手術:白内障(左右)××××年「●●病院」
		年月	※ 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)
		【現病歴】	2022年4月1日 右大腿骨転子部骨折、●●病院入院
	医	入院の有無	2022年4月1日 石人處自私了部自幼、
	療 情	発病年月	2022年4月30日
		20/11 1 21	
	報		 ※ 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~)
			・●●錠 5mg(●●製薬) 1日1回朝食後服用
		4.00 **	
		内服薬	
			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。
			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
		特記事項	(●●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。
		援サービス等	1 ☑ 無
	の情報 ※ 生	活支援サービ	2 □ 有 □ 見守り(週 回) □ 配食(週 回) □ サロン(週 回)
	ス等。	とは、介護保険	□ 身体介護(週 回) □ ミニデイ(週 回)□ 掃除(週 回)
		の訪問介護、通 護等以外のサ	□ 洗濯(週 回) □ゴミ出し(週 回) □ 機能訓練(リハビリ)(週 回)
	ービ	スで、市民、N	□ 口腔ケア(週 回) □ 栄養改善・維持(週 回)
		市からの委託 よるサービス	□ その他(週 回)(
		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)		ロノ	人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					
			ロノ	入所希望者は在宅での生活を希望している							
			☑ ⊅	2 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない							
			□ そ	□ その他(
介				身寄りがない若しくは家族等がいても	疎遠であるな	ょど、介護する	者がいない	1			
介護者や住居等				□ 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							
や住			Ø	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							
居			Ø	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							
\mathcal{O}				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							
状況				□ 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							
			Ø	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							
	コミンスがよい	7 TIII	2	住居の便所、浴室、階段等の形態や構	造が適してレ	いないため、十	-分な介護が	困難			
	入所を希望する	5埋田		介護老人保健施設、介護療養型医療施	設、病院等点	いら退所(退院)	を求められ	ているが、在			
			宅	での生活が困難							
				当該施設を退所して長期入院した後、	退院すること	こになったが、	在宅での生	活が困難			
			Z	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	対応することは	は困難との医	師の判断有。			
			以前	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				
		(フリガナ)		00 00	性 別	男・女	年 齢	××歳			
		rrt.	h		4500	大正・昭和・	平成〇〇年				
		氏	名	00 000	生年月日						
			マハ	☑ 同居 □ 別居							
		同居の区分別居の場合 の連絡先		住所	住所						
				〒 −	電話番号 ()						
	主な介護者										
		入所希	r望者			7 - 110/					
		との関係		✓ 配偶者 □ 子 □ 子の配偶者	□ 兄弟姉妹	: □ その他()			
		他の介護者		□ 配偶者 □ 子 □ 子の配偶者	□ 兄弟姉妹	€ ☑ 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							
		13	д	・居住先のバリアフリー構造への改造	告不可						
				マ 今まべきにしたし							
				✓ 今すぐ入所したい							
	入所を希望	望する時	期	□ 必要な時に入所したい □ 半年ぐらい先には入所したい □ 1年ぐらい先には入所したい							
そ							うい 元には八	がしたい			
の他				□ 将来的に必要になったとき	: (C 八月 し /C	V '					
				□ 当該施設にのみ申し込んでいる。							
	他施設の申込み状況			☑ 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	$\triangle\triangle\triangle$ $\triangle\triangle$	連絡先	電話 123 (5678)9101		
	担当グノマインヤー			事業	听名	居宅介護支援事業所 〇〇〇			
	備考								
	入所希望者(要介護	痩や	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、
お	お ね が い 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						合は、必ず当施設に連絡をしてくだ		
	さい。事実と道					は優	先順位が変更される場合があり	ます。	

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。 説明確認欄 説明を受けた日を記入 (入所希望者本人との続柄) **20**×× 年○○月○○日 氏 名 ○○ ○○ (続柄 妻) 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。 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。 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 同 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。 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。 (印) 入所希望者氏名 ※ 申込者が本人以外の場合 申込者氏名 00 000 (印)

【施設使用欄】

