

(別紙様式)

阿 北 苑 入 所 申 込 書

○ 本人(申込者)記入欄(本人又は申込者が御記入ください。)

申込者連絡先	(フリガナ) 氏 名		続柄		処理状況欄	申 込 日	年 月 日
	住 所	〒 _____				受 付 日	年 月 日
	電話番号	()				施設記入者名	印
				担当者名			

本人の状況	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		住民登録	市 ・ 区 ・ 町 ・ 村
	現 住 所	〒 _____		
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	(歳)

○ 施設記入欄(施設の方で面接時に確認しながら記入します。)

本人の状況	介護保険	保 険 者						
		被保険者番号						
	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 type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中						
		(認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日						
	健康保険	種 別				記号・番号		
	年金等	種 別						
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定 _____ 級(度) 年 月 日)						
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護 (年 月から) <input type="checkbox"/> 施設介護 (年 月入所)						
	現在利用している居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護						回/月 []
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護						回/月 []
<input type="checkbox"/> 訪問看護							回/月 []	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション							回/月 []	
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導							回/月 []	
<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)							回/月 []	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション							回/月 []	
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (ショートステイ)							回/月 []	
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護							回/月 []	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給							
	<input type="checkbox"/> その他 ()							

本 人 の 状 況	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> その他										
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">施設名又は病院名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>入所又は入院期間</td> <td style="text-align:center;">年</td> <td style="text-align:center;">月</td> <td style="text-align:center;">日～ (年 箇月)</td> </tr> </table>			施設名又は病院名				入所又は入院期間	年	月	日～ (年 箇月)
	施設名又は病院名											
	入所又は入院期間	年	月	日～ (年 箇月)								
	身体の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー)									
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ)									
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助									
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助									
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行： <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <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"/> 人の動きがわかる程度									
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる										
	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										
	認知症・精神の症状	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> ランクⅠ <input type="checkbox"/> ランクⅡa <input type="checkbox"/> ランクⅡb <input type="checkbox"/> ランクⅢa <input type="checkbox"/> ランクⅢb <input type="checkbox"/> ランクⅣ <input type="checkbox"/> ランクⅤ 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動あるいは精神的な障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 										
	医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）処置 <input type="checkbox"/> その他（) 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】 _____ 										
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない <input type="checkbox"/> その他（)										
	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中等により介護できない <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、高齢等により将来的に十分な介護が困難 <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、負担が大きい <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、住宅事情等により自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の構造が介護に適していないため、自宅で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（)										

本人の状況	特例入所を希望する理由 (要介護1又は2の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 認知症であり、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 <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 <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 <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
	具体的な状況	(居宅において日常生活を営むことが困難な事由について、具体的な内容をご記入ください。)

その他の	主な介護者の状況	(フリガナ)氏名	性別	男女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	本人との関係	<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"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ※別居の場合 住所： _____ 電話： _____				
	意見	(介護をしている上で困っていることなど)				
	他の親族・援助者等の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 親族以外の援助者あり <input type="checkbox"/> 親族はあるが居所不明 <input type="checkbox"/> 他の親族・援助者なし				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい					
他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる ()					
介護支援事業所の利用状況	事業所名： _____ 電話： ()					
	担当ケアマネジャー： _____					

備考	入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、優先的な入所の判断において、特に考慮する必要がある場合は、その内容をご記入ください。
----	--

○ 説明確認欄

私は、入所の申込に際し、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。

(要介護1又は2の方)

上記及び、特例入所の要件に該当する場合のみ入所の対象となることについて、施設から説明を受けました。

年 月 日 氏名 _____

○ 個人情報提供同意欄

特別養護老人ホームの入所の円滑化に資するため、入所の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町又は児童民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、又は個人情報を提供することに同意します。

(要介護1又は2の方)

上記及び、特例入所に際し、その理由等の個人情報を施設が市町に対し報告することに同意します。

年 月 日 氏名 _____

- 注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。
- 2 要介護度や介護者の状況等記載内容に変更があった場合は、速やかに施設にご連絡ください。
- 3 記入された内容について、保険者及び山口県以外の第三者に提供する場合は、予め同意を得た上で行います。