

この度は、若狭会ホームページをご覧いただきまして
誠にありがとうございます。

入所申込書の提出の際は、電話にて面接予約の上、ご
来園いただいております。（ご本人様・介護者様のご様子
をお伺いするため）

郵送等での受付は行っていませんのでご了承ください。

特別養護老人ホーム 亀令園

☎04-2926-8088

ケアマネジャー 片居木敬子

生活相談員 安成 佳子

(様式1)

特別養護老人ホーム入所申込書 (その1)

No.

特別養護老人ホーム

施設長様

【申込者】

| | |
|-----------|----------|
| 申込日 | 平成 年 月 日 |
| 受付日 | |
| 住所 | |
| (ふりがな) 氏名 | 本人との関係 |
| 電話番号 | () |

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みします。

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|------------|
| 本 | (ふりがな) 氏名 | 性別 | 保 険 者 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 男・女 | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| 人 | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| | 住 所 | 〒 | 介護認定期間 | 平成 年 月 日 から | 平成 年 月 日 まで | | | | | | |
| 状 | 現在利用している在宅サービスの状況 (利用しているサービスに○をつけてください。)(* 2) | 1 訪問介護 (月 回 週 回) | 2 訪問入浴介護 (月 回 週 回) | 3 訪問看護 (月 回 週 回) | 4 訪問リハビリテーション (月 回 週 回) | 5 通所介護 (月 回 週 回) | 6 通所リハビリテーション (月 回 週 回) | 7 短期入所生活介護 (月 回 週 回) | 8 短期入所療養介護 (月 回 週 回) | 9 福祉用具貸与・購入費の支給 () | 10 その他 () |
| | 医療的処置の状況 | 【現在治療中の病気等】 | | | | | | | | | |
| 況 | 入所を希望する理由 (* 3) | 1 介護者がいないため () | 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため () | 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため () | 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため () | 5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため () | 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい () | 7 その他 () | | | |
| | 単身生活者の場合 | 1 介護者がいる | 2 介護者がいない | | | | | | | | |

身 体 の 状 況

| | | |
|--------------------------------------|----------|--|
| 現 病 名 | | 無 ・ 有 () |
| 既 往 歴 | | |
| 常 生 活 動 作 能 | 視力 | 1. 普通 2. やや悪い 3. 人や物の動きがわかる 4. 全く見えない |
| | 聴力 | 1. 普通 2. 大声なら聞こえる 3. 耳元で大声なら聞こえる 4. 全く聞こえない |
| | 言語 | 1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 聞き取れない 4. 全く話せない |
| | 全般的動作 | 1. 外出できる 2. 家の中なら歩ける 3. 起きられるがあまり動かない 4. 寝たきり・ほとんど寝たきり |
| | 歩行 | 1. 自立 2. 杖・手すり等を使用 3. 要介護 4. はう 5. 全面介助 |
| | 食事 | 1. 自立 2. スプーン等を使用し自立 3. 一部介助 4. 全面介助 |
| | | 1. 常食 2. 半がゆ 3. 全がゆ 4. 副食きざみ |
| | 義歯 | 1. 無 2. 有 (ア. 全部 イ. 一部 ウ. 有るが使用せず) |
| | 着脱衣 | 1. 自立 2. 指示すれば可 3. ボタンかけなど一部介助が必要 4. ほとんど着せる 5. 全面介助 |
| | 入浴 | 1. 自立 2. ほぼ普通にできるがやや不自由 3. 浴槽に入れるが洗うことなどに一部介助を要する 4. 全面介助 |
| | 排泄 | 1. 自立 2. 便器まで介助 3. 自立でポータブル便器使用 4. 便器介助 5. おむつ使用 (常時 ・ 昼のみ ・ 夜のみ) |
| 精 神 ・ 痴 呆 の 状 態 | 記憶見当識の障害 | 1. 名前 (可 ・ 不可) 2. 生年月日 (可 ・ 不可) 3. 今日の日付 (可 ・ 不可) 4. 年齢 (可 ・ 不可) 5. 家族の名前 (可 ・ 不可) 6. 現住所 (可 ・ 不可) |
| | その他の症状 | 1. 不安 2. あせり 3. 興奮 4. 幻覚 5. 妄想 6. 生活意欲の低下・無意 7. その他 () |
| 身体障害 | | 無 ・ 有 障害名 _____ 部位 _____ 種 級 _____ 取得年月日 年 月 日 |
| 介護サービスについて のご希望 | | |

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|---|--------|--|
| 介 護 者 の 状 況 | 主たる介護者 | (ふりがな) 氏 名 | 性 別 男・女 | 本人との関係 | |
| | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | | |
| | | 同居の区分 | 1. 同 居 2. 別 居 (住所 :) | | |
| | | 複数の介護をして いるので | 1. 介護困難 2. 多少介護可能 3. 介護可能 4. なし | | |
| | 主たる介護者の就労状況 | 主たる介護者の育児・家族の状況 | 主たる介護者の健康状況 | | |
| | 1 有 (該当するものに○) ・ 8時間以上・高齢で就労不能 ・ 4時間以上8時間未満 ・ 4時間未満 2 介護のために仕事をやめた 3 なし | 1 有 (該当するものに○) ・ 常時の育児 ・ 看病が必要 ・ 半日育児 ・ 看病が必要 ・ 時々育児 ・ 看病が必要 ・ 65歳以上の高齢世帯のみである 2 なし | 1 良好 2 不良 (該当するものに○) ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 | | |
| | 従たる介護者 | (ふりがな) 氏 名 | 性 別 男・女 | 本人との関係 | |
| | | 同居の区分 | 1. 同 居 2. 別 居 (住所 :) | | |
| | | 同居介護者の状況 | 1. 従たる同居介護者なし 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能 | | |
| | 介護期間 | 年 月 | | | |
| 別居している血縁者による介護の可能性 | 1. 別居している血縁者なし 2. 介護困難 3. 多少介護可能 4. 介護可能 | | | | |
| その他 | 入所を希望する時期 | 1. 今すぐ入所したい 2. 年 月頃までには入所したい | | | |
| 説明 確認 欄 | 私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏 名 _____ | | | | |

- * 1 介護保険被保険者証（写）、サービス利用表（写）、認定調査票（写）を添付してください。
- * 2 在宅サービスの利用頻度で現在施設入所者又は病院入院中の方は入所前・入院前の利用状況を記入をして下さい。
- * 3 入所を希望する理由の（ ）内には、その具体的理由を記入してください。
- * 4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込み取り下げ書」を提出してください。
- * 5 申し込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し、指示を受けてください。

(別紙)

特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム

施設長様

申込者

住所：

氏名：

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1 申込み日

平成 年 月 日

2 入所希望者

住所：

氏名：

3 取り下げる理由