

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム成島園 入所申込書

申込日	令和 年 月 日	申込区分	ユニット型個室 ・ 多床室 ・ 両方	
申込者 フリガナ 氏名			入所希望者との関係	
住所	〒 -			
連絡先①	自宅 ・ 携帯 勤務先(名称)	-	-	連絡希望時間 時頃
連絡先②	自宅 ・ 携帯 勤務先(名称)	-	-	連絡希望時間 時頃
家族代表予定者 (身元引受人)	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ 氏名 (入所希望者との関係)			
上記予定者以外の 入居後の緊急連絡先	氏名 - (入所希望者との関係)			
入所希望者の同意	有 ・ 無 ・ 不可能	他施設への申込	有 ・ 無 ・ 行う予定	

○入所希望者の状況

フリガナ 氏名 (性別)	()		生年月日(年齢)		
			T・S 年 月 日()		
住所	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ 〒 -				
介護保険 被保険者証	番号		介護度	介護保険負担割合	
	市町村名		1・2・3・4・5・申請中	1割 ・ 2割 ・ 3割	
担当介護支援専門員	いる ・ いない		事業所名	氏名	
年金額 (年額)	本人	円	住民税	本人	課税 ・ 非課税
	配偶者	円		配偶者	課税 ・ 非課税
生活保護	無 ・ 有		負担限度額認定証	無 ・ 有(1・2・3)	
障害者手帳	無 ・ 有 (級 障害名:)				
住居	自宅	一人暮らし ・ 家族と同居: 人暮らし			
	施設	有料老人ホーム(介護付き・住宅型) ・ サービス付き高齢者向け住宅 グループホーム ・ 養護老人ホーム ・ 軽費老人ホーム ・ その他()			
	施設名		利用開始月	H・R 年 月	
入院中 の場合	医療機関名	入院日	H・R 年 月 日		
		退院予定日	月 日頃 ・ 未定		
介護・医療サービスの利用状況					
通所介護	週・月 回	事業所名:	訪問介護	週・月 回 事業所名:	
通所リハビリ	週・月 回	事業所名:	訪問看護	週・月 回 事業所名:	
医療デイケア	週・月 回	事業所名:	短期入所	週・月 回 事業所名:	
小規模多機能	通い:月 回 訪問:月 回 泊まり:月 回 事業所名:				
その他	訪問入浴 ・ 訪問リハビリ ・ 短期入所療養 ・ 福祉用具 ・ その他()				

各項目に状況を記入してください。選択部分は該当するところを○で囲んでください。

○家族の状況

	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
同居家族						
別居介護協力者						

各項目に状況を記入してください。

○医療及び心身の状況

主治医	医療機関名:		医師氏名:			
治療中の病気						
既往歴						
処置等	経管栄養(胃ろう 経鼻 腸ろう) インスリン注射 ペースメーカー 尿道カテーテル 在宅酸素(L) 痰吸引 C型肝炎等 MRSA その他()					
認知症	無・有	認知症有の場合	日常生活は何か可能・日常生活に支障有			
視力・聴力・麻痺	視力支障(無・有)		聴力支障(無・有)		麻痺(無・有)	
日常動作	歩行	自分で可・一部介助・全介助		食事	自分で可・一部介助・全介助	
	入浴	自分で可・一部介助・全介助		排せつ	自分で可・一部介助・全介助	

各項目に状況を記入してください。選択部分は該当するところを○で囲んでください。

○入所の希望理由

<input type="checkbox"/> 介護者がいない	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等により介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護者が就労しており十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく介護困難
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている
特記事項(具体的な事情など)	

該当する項目に☑を記入(複数選択可)してください。その他、特記事項があれば記入してください。

○特列入所の理由 ※要介護1及び2の方のみ

<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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十分に認められない。

該当する項目に☑を記入(複数選択可能)してください。

○説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設への入所申し込みの際し、入所申し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。貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とするため、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。

令和 年 月 日

入所希望者氏名 申込者氏名

受付日 令和 年 月 日

受付	担当	課長補佐	課長補佐	課長	副施設長	施設長

※施設使用欄