

特別養護老人ホーム敷島荘 入所申込書

受付年月日（施設記入欄）

申 込 者	住所	〒 -
	氏名（続柄）	()
	電話番号	() -

特別養護老人ホーム敷島荘に入所したいので、次の通り申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	大 ・ 昭 年 月 日 () 歳	
	現住所	〒 -	電話番号()	-	
	介護保険	被保険者番号		保険者名	
		要介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 新規申請中		
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で生活中（ 独居 ・ 配偶者と同居 ・ 子等と同居 ・ その他（ ） ） <input type="checkbox"/> 施設(病院)入所(入院)中(施設 ・ 病院名) <input type="checkbox"/> その他()			
	医療の状況	<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"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	特例入所の確認	<p><u>要介護1または2の方が入所する為には、下記のいずれかに該当する必要があります。</u> <u>該当する項目に番号に○をつけて下さい。</u></p> <p>1 認知症である者であって、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。</p> <p>2 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。</p> <p>3 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。</p> <p>4 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。</p>			
	身 元 引 受 人	ふりがな		続柄	
氏名			施設からは下記①からご連絡を致しますので、日中連絡の取り易い番号をご記入下さい。		
住所		〒 -	① () -		
勤務先		〒 -	② () -	電話 () -	
同 意 書	<p>私は貴施設への入所申込に際し、入所申込から入所契約までの手続き及び順位の決定方法について施設から説明を受けました。なお、順位決定の為に必要な範囲内において、入所希望者及びその家族に関する情報を市町村に提供すること及び市町村、担当地域包括センター、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、また、関係市町村に報告提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">本人または身元引受人： Ⓜ</p>				

特別養護老人ホーム敷島荘 入所申込書

記入例

受付年月日 (施設記入欄)

申込者	住所	〒 001 - 0123 甲斐市中央1-2-3
	氏名(続柄)	敷島荘 一郎 (長男)
	電話番号	(090) ▲▲▲ - ■■■■

特別養護老人ホーム敷島荘に入所したいので、次の通り申し込みます。

入所希望者の状況	フリガナ	シキシマソウ タロウ	性別	男・女	
	氏名	敷島荘 太郎	生年月日	大・昭 1年 2月 3日 (90)歳	
	現住所	〒 001 - 0123 電話番号(●●●) ■■■ - ▲▲▲▲ 甲斐市中央3-2-1			
	介護保険	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	保険者名	甲斐市
		要介護度	要介護 □1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 □3 □4 □5	要支援	□1 □2 □新規申請中
		認定期間	1年 1月 1日 ~ 1年 12月 31日		
	現状	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で生活中 (独居・配偶者と同居 <u>子等と同居</u> ・その他 ()) <input type="checkbox"/> 施設(病院)入所(入院)中(施設・病院名) <input type="checkbox"/> その他()			
	医療の状況	<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"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 尿カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	特例入所の確認	要介護1または2の方が入所する為には、下記のいずれかに該当する必要があります。 該当する項目に番号に○をつけて下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 1 認知症である者であって、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"/> 2 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"/> 3 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 checked="" type="checkbox"/> 4 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。			
	身元引受人	フリガナ	シキシマソウ イチロウ	続柄	
氏名		敷島荘 一郎	長男	施設からは下記①からご連絡を致しますので、日中連絡の取り易い番号をご記入下さい。	
住所		〒 001 - 0123 甲斐市中央1-2-3	① (090) ▲▲▲ - ■■■■ ② (055) ■■■ - ▲▲▲▲		
勤務先		〒 001 - 0123 甲斐市中央2-4-6	電話 (055) ●●● - ■■■■		
同意書	私は貴施設への入所申込に際し、入所申込から入所契約までの手続き及び順位の決定方法について施設から説明を受けました。なお、順位決定の為に必要な範囲内において、入所希望者及びその家族に関する情報を市町村に提供すること及び市町村、担当地域包括センター、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、また、関係市町村に報告提供することに同意します。 令和 1年 1月 1日 本人または身元引受人: 敷島荘 一郎				

○申込状況

・他の施設の申し込みをしていない

・他の施設の申し込みをしている ⇒ 下記に施設名を記入して下さい

(さくらんぼ苑)(グループホームぶどう)() ()

○主な病歴

年 月	内 容
H20 7	脳出血
H25 8	アルツハイマー型認知症

○日常生活動作について

移動	・自立・独歩・杖・歩行器)・車椅子(自操・介助)
食事	・自立・一部介助・全介助(形態:粥・一口大)・経管栄養
排泄	・自立 (トイレ・ポータブルトイレ) ・一部介助(トイレ・ポータブルトイレ) ・不可(オムツ) ・全介助 (トイレ・ポータブルトイレ)
起座	・自立・一部介助・全介助

○心身の状況について

視力障害	・無	・見えにくい (右・左)	・見えない (右・左)
聴力障害	・無	聞こえにくい (右・左)	・聞こえない(右・左)
言語障害	・無	・いくらか不自由	・不自由
歯の状態	・義歯無し	・義歯有り	総義歯・一部義歯)
意思疎通	・可	いくらか困難	・困難
徘徊	・無	・有	(頻度と状況:週に1回程度、夜間自宅の外へ出てしまう)
床ずれ	・無	・有	(部位: 右足かかとに2cm程の床ずれがある)

○担当ケアマネージャー氏名

事業所名	居宅介護支援事業所レモン	ケアマネージャー氏名	山梨 桃子
------	--------------	------------	-------

○備考 (上記以外で特に伝えたい内容等がありましたらご記入下さい。)