

特別養護老人ホーム さくら苑 入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵便物などはこちらの連絡先にお送りさせていただきます。

住所	申込日
氏名	受付日
電話番号	受理NO

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。

1、入所希望者の方について

(フリガナ)	性別	被保険者番号								
氏名	男・女	要介護度	1	2	3	4	5			
生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	要介護認定期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで						
現住所	〒 —									
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期:平成 年 月から入所・入院している _____ 在宅サービス利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「あり」の方は記入して下さい ☆ケアプラン作成事業所: _____ 担当者 _____									
利用している在宅サービス(チェックして回数を記入してください)	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) 回/月 利用 <input type="checkbox"/> 短期入所介護 回/月 利用 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 回/月 利用 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 回/月 利用 <input type="checkbox"/> 訪問看護 回/月 利用 <input type="checkbox"/> グループホーム 回/月 利用 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 回/月 利用 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 回/月 利用 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) 回/月 利用									
認知症による不適応行動	(幻覚、徘徊など)									
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい									
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 食事介助を受けている 【現在治療中の病気・特記事項等】									
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名() () () ◇今後申し込む予定の他の施設名() () ()									

入所を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)

※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。
 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります)

介護する者がいないため。
 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」などにより十分な介護が困難なため。
 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。
 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。
 住宅環境の事情により十分な介護が困難なため。
 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。
 その他()

※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。

認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる方。
 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる方。
 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方。
 単身世帯であるか、または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方。

2、主たる介護者・家族等の状況

(フリガナ)	性別	本人との続柄
介護者氏名	男・女	生年月日 昭・平 年 月 日(歳)
介護者の世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他	
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし	
介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(職種等) <就労日数> 日/週 <就労時間> 時間/日	
他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)	
介護者の育児・病気の家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
介護者の介護の関わり	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通	
他の同居介護協力者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄 日/週程度)	
別居血縁者協力者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄 日/週程度)	
近隣者等の協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり	
【介護をしていく上で困っていること、現在の介護の状況】		

【同意書】

今後の高齢者福祉施策の参考とするため、この申込書を行政機関等に報告することに同意します。

令和 年 月 日

氏名: