特別養護老人ホームゆたか入所申込書

受付日　　年　　月　　日

入所希望者の状況					
入所希望者 氏　　名	(フリガナ)	保　険　者			
		被保険者番号			
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）			性　別	男・女
現住所	〒				
要介護度	□介護度1　□介護度2　□介護度3　□介護度4　□介護度5 （認定有効期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）				
入所を希望する理由 ※該当するもの全てを選んで下さい	□独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 □介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。 □介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 □他にも介護をしなければならない家族がいる。 □居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 □病院や他の施設から退所を求められている。 □介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 □その他（介護で困っていることがありましたら、お書きください。） 〔　　〕				
認知症の症状	□　認知症（ぼけ症状）あり⇒以下の当てはまる項目に、レ印を付けて下さい。 □　認知症（ぼけ症状）なし □　自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 □　金銭の勘定が出来なくなった。 □　自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。 □　電話や留守電での受け答えが出来なくなった。 □　夜間眠らない。 □　家の外をさまよい歩く。 □　意味不明の言動がある。 □　大便をいじる。 □　頻繁に服を脱ぐ。 □　同じ事を何度も言う。 □　その他の症状（以下にお書き下さい。） 〔　　〕				
身体の状況	＜日常生活＞ ※次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ○印を付けて下さい。 ア　身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる。 イ　家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 ウ　ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる。 （車イスで座る姿勢が保てる） エ　1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。				
要介護 1又は2 （特例入所の該当要件）	要介護1又は2（特例入所）の方については、以下の該当するものにレ印を付けてください。 （特例入所の該当要件） □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等が頻繁に見られる。 □知的障害、精神障害等であり、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等が頻繁に見られる。 □療育・障害者手帳あり　　□療育・障害者手帳なし □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。 □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。 ※上記に当てはまる具体的な事由を記入してください。 〔　　〕				

医療の状況 ※該当するもの全てを選んで下さい	□経管栄養　□人工肛門　□胃ろう □インシュリン注射　□在宅酸素　□尿管カテーテル □現在治療中の病気や既往症など、その他注意すること （　　）
希望入所時期	□今すぐの入所を希望する　□今すぐの入所を希望しない □申込なし
現在の介護	□　自宅　□　病院　□　老人保健施設　□　その他（　　）
入所する場合の居室について	□　個室希望　□　相部屋希望　□　どちらでも良い
他施設への申込状況	□申込なし □申込(予定)あり （※施設名　　）

申込者欄〈家族等〉

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		本人との 続　柄	

住　所（郵便物の送付や施設からの連絡先）

※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。

〒

TEL　　－　　－

留意事項	本申込書に記載した事項や介護する家族等の状況に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず施設に連絡してください。入所申込に係る説明事項について確認しました。
説　明 確認欄	入所申込に係る説明事項について確認しました。 年　　月　　日　　署　名

申込代理者欄〈介護支援専門員〉

※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入・確認願います。

代理申込を行う介護支援専門員	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏 名	連絡先 電話番号	―　　―
介護支援事業所名			

代理申込を行う介護支援専門員の意見

※本人又は家族等への連絡先を、上記申込者欄＜家族等＞に記入してください。

説　明 確認欄	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。 年　　月　　日 代理申込 介護支援専門員署名

※添付書類　被保険者証の（写）