

| | | | |
|-----|-------|-----|-------|
| 申込日 | 年 月 日 | 受付日 | 年 月 日 |
|-----|-------|-----|-------|

入 所 申 込 書

高齢者総合生活支援施設あい・いからしの郷
 地域密着型特別養護老人ホーム 施設長 様

| | | |
|--------------|-------|---------------|
| 申込者 (連絡先) | 住 所 | 〒 - |
| | フリガナ | |
| | お 名 前 | (入所希望者との続柄) 様 |
| | 電話番号 | () |
| | 携帯番号 | () |

貴施設に入所したいので、次のとおり申込みします。

| | | | | | |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|---------------|
| 入所希望者 お 名 前 | (フリガナ) | | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | | | 生年月日 | M・T・S | 年 月 日 (歳) |
| 住 所 | 〒 電話番号 () | | | | |
| 介 護 保 険 | 被保険者番号 | | | | 保険者名 |
| | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | |
| | 認定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 健 康 保 険 | (種別) <input type="checkbox"/> 国保・ <input type="checkbox"/> 健保・ <input type="checkbox"/> 共済・ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療・ <input type="checkbox"/> 生活保護・他() | | | | |
| 年 金 等 | (種別) <input type="checkbox"/> 国民年金・ <input type="checkbox"/> 厚生年金・ <input type="checkbox"/> 障がい年金・ <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金・ <input type="checkbox"/> 恩給 | | | | |
| 障 がい 者 手 帳 | 手帳の種類 | | (障がい名：) | | |
| | 判 定 | | 級(度) 年 月 日 | | |
| 現 況 | <input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 (年 月 日~) | | | | |
| 医 療 の 状 況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻・胃・食道) <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | 現在治療中の病気 | | | | |
| | 病 名 | | 入院・通院医療機関名 | | 期 間 |
| | | | | | 年 月 日~ |
| | | | | | 年 月 日~ |
| | | | | | 年 月 日~ |
| | 既往症 | | | | |
| 病 名 | | 入院・通院医療機関名 | | 期 間 | |
| | | | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | | | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | | | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |

| ご本人様の状況 | | | | | |
|------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|-------------|
| 移動 | 独歩・杖・歩行器・車椅子(自力・介助) | | 視力障害 | 無・弱視(左・右)・全盲 | |
| 食事 | 自立・少し介助必要・ほとんど介助 全部介助・経管栄養 | | 聴力障害 | 無・やや難聴(左・右)・難聴 | |
| 排泄 | 昼 | 自立 少し介助必要、見守り必要 ほとんど介助必要 すべて介助 | トイレ ホﾟｰﾀﾞﾞﾙ ﾘﾊﾞﾘﾝｸﾞ 尿取ﾊﾟｯﾄ おむつ | 言語障害 | 無・少し不自由・不自由 |
| | 夜 | 自立 少し介助必要、見守り必要 ほとんど介助必要 すべて介助 | トイレ ホﾟｰﾀﾞﾞﾙ ﾘﾊﾞﾘﾝｸﾞ 尿取ﾊﾟｯﾄ おむつ | 会 話 | 普通・どうか可・不可 |
| 入浴 | 自立・少し介助 すべて介助(自宅・ﾃﾞｲｲｰﾋﾞｽ・訪問入浴) | | 歯の障害 | 無・一部入歯・総入歯 | |
| 着脱衣 | 一人でできる・少し介助・すべて介助 | | 床ずれ | 無・有 | |
| 起き上り | 自立・少し介助・すべて介助 | | 寝返り | 一人でできる・少し介助・すべて介助 | |
| 認知症 | 無・有 症状/記憶障害・理解判断力の低下・不安感・幻覚・徘徊・抵抗・他() | | | | |
| 他施設の入所申込状況 | ※他の施設へ申込みをされている場合は、その施設名をご記入ください。 | | | | |

| 家族構成(同居家族) | | | | | 主な介護者に ○を付ける |
|---------------|----|----|------|----------|-----------------|
| 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 勤務先と電話番号 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 別居協力者(子供・親戚等) | | | | | |
| 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 住所 | 電話番号 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ご本人の生活やお体の状況、ご家族が困っている状況等、特に伝えたいことがありましたら、ご自由にお書きください。(連絡先の方に連絡のつきやすい時間帯がありましたら、参考までにご記入下さい。)

| | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 留意事項 | <p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設にご連絡をお願いいたします。</p> <p style="text-align: center;">【連絡先】 高齢者総合生活支援施設あい・いからしの郷 電 話：025-260-7800 担当者：施設長 渡辺 美智子</p> |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 説明確認及び 情報収集に 係る同意 | <p>私は、入所申込みに際し、入所申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。</p> <p>なお、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に同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 入所希望者 印</p> <p style="text-align: center;">入所希望者の家族 印</p> |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|----------------|------|--|-----|-------------|
| 担 当 介護支援専門員 | 氏 名 | | 連絡先 | 電話 () |
| | 事業所名 | | | |

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>当施設の居宅タイプは下記のとおりとなっています。（なお、料金表もご確認ください。）</p> <p>□ユニット型個室 3ユニット 29室（少人数で利用する共同生活室の周囲に個室が配置されています。9～10人で1ユニットです。）</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>特定入所の要件・理由 (要介護1又は要介護2の方が入所を申し込む場合に記入してください。)</p> | <p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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等が頻繁にみられる。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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> <p>◎上記要件の具体的な理由をご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|