

特別養護老人ホーム入所 吉川平成園 申込書

申込者(連絡先) 今後の連絡先とさせていただきます。

申込日: 令和 年 月 日
受付日: 令和 年 月 日

住所: 〒 -	
氏名:	本人との関係
電話: ()	

※特例入所の事由の有・無	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

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。

申込先 (入所希望施設)	吉川平成園		保険者	
(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	M・T・S 年 月 日		要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
現住所	〒 -			
希望者の現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族等と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院や施設等(※注1)に入院・入所・入居している			
	◆病院・施設・事業所名: ◆入院・入所・入居時期: 平成 年 月から入院・入所・入居中 ◆退院・退所・退居の勧告: あり ・ なし			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護サービスを利用している			
	◆サービス種類: ◆居宅介護支援事業者名:			
障害の状況	<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() 【現在治療中の病気・特記事項等】			
介護支援専門員の意見等	<input type="checkbox"/> 知的障害(A・B) <input type="checkbox"/> 精神障害(級) <input type="checkbox"/> その他の障害() 【特別養護老人ホームへの申込に対する意見や在宅生活維持が困難な理由について具体的に記載してください】(※注2)			
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所)		
	意見	【介護をしている上で困っていること等】		
(身元引受者)人	(フリガナ)		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所)		
同意書	特別養護老人ホーム入所指針の説明を書面により受けました。この取扱に同意します。 また、次のことに同意します。①入所検討委員会における検討資料作成のため調査を受けること ②入所申込みに必要な範囲において、入所希望者及びその家族等に関する情報を保険者、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から得ること ③今後の高齢者施策の参考とするため、この申込情報を保険者へ提供すること ④また、この申込を受けた特別養護老人ホームが入所待機者等の状況を把握するため、保険者が保有する、申込者の介護保険被保険者資格の得喪及び要介護に係る情報の提供を受けること			
	氏名 (本人) _____ (家族等代理人) _____			

※「特例入所の事由の有・無」欄で「有」となる場合は裏面にその事由等について記載してください。

※介護保険証、ケアプラン、サービス利用表の写しを添付してください

※注1:施設等とは、養護老人ホーム、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所及びその他社会福

※注2:特例入所の場合は、裏面の介護支援専門員等の意見欄にお書きください。

(裏面)

特例入所の要件に該当する理由について

入所申込みをするにあたり入所希望者が要介護1・要介護2の場合は、次の内容についても記載してください。

【特例入所に該当する事由】				
特例入所に該当する事由に印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 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が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 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が頻繁にみられる。 <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。 <input type="checkbox"/> 単身である、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。				
【特例入所に該当する具体的な内容】				
該当する事由の具体的な内容について記載してください。				
【特例入所に係る介護支援専門員等の意見】 ※本人及び家族以外の方が記入してください				
1 本人の状況				
認定状況等	①介護度 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2	②日常生活自立度 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> I	③療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	④精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
精神・行動障害	症状 発生頻度	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 寡動 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()		
2 在宅サービスの利用状況				
在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活(療養)介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護			
在宅サービスの提供状況	<input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 不十分である(理由:)			
3 主たる介護者・家族等の状況				
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他(同居 人世帯・別居)			
主たる介護者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 続柄() 年齢(歳)			
介護者の心身の状況	<input type="checkbox"/> 「高齢」、「障害」、「病弱」等により介護に支障がある (要介護認定:) (障害手帳: 級/障害名) <input type="checkbox"/> 慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており介護に支障がある <input type="checkbox"/> 就労のため、日中は不在等で介護ができない <input type="checkbox"/> 就学のため、日中は不在等で介護ができない <input type="checkbox"/> 就学前の子どもを養育している <input type="checkbox"/> 入所希望者以外にも要介護者等を介護・看護している			
他の家族等の協力	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週半分程度 <input type="checkbox"/> 月数回 <input type="checkbox"/> 年数回 <input type="checkbox"/> なし			
4 その他				
申込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設にも申し込んでいる 申込み数: 施設 施設名()			
4 特別養護老人ホーム以外での生活が困難な理由				
記入年月日	令和 年 月 日	事業所名		
記入者氏名		連絡先電話番号		

特別養護老人ホーム 吉川平成園利用申込調書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ
利用希望者氏名

生年月日（明・大・昭） 年 月 日生

※下記の事項に該当する箇所全てに記入及び○印をつけてください

I 利用希望理由とその希望する時期

1・今すぐ利用したい 2・ 年 月頃には利用したい 3・時期の希望はないが将来のため
(理由)

他の病院、施設等への利用申し込みをしていますか。

1・有 2・無

II 本人の状況

① 本人の生活歴（出身地・職歴・家族構成等）をご記入下さい。

② 本人の要介護状況（介護を要する主な要因 ・麻痺や筋力低下等）を分かる範囲でご記入下さい。

③ 過去及び現在ある主たる傷病をご記入下さい。

病名	発症年月日（頃）	病名	発症年月日（頃）

④ 現在加入している医療保険の種類・名称をご記入下さい

種類 _____ 保険者 _____ (本人・被扶養者)

⑤ 認知症等による不適応行動(問題行動)がありますか。

ある(1・非常に多い 2・やや多い 3・少しあり) 4・なし

「ある」と答えた方は具体的な症状等(妄想・不眠・暴力・徘徊・異食等)をご記入ください。

⑥ 年金等の受給はありますか。

1・有(年金の種類 _____) 2・無

⑦ 障害者手帳はありますか。ある方は障害名、等級をご記入下さい。

1・有(_____) 2・無

⑧ 介護保険料の納付状況をご記入下さい。

1・年金からの自動引き落とし 2・直接納付(_____ 年 _____ 月分まで)

Ⅲ 介護者の状況

①利用希望者を介護なされている方の年齢はおいくつですか。生年でお答え下さい。

(大正・昭和・平成 _____) 年 生まれ

②介護なされている方に障害や疾病の状況がありますか。

ある(1・介護困難 2・多少介護可能 3・介護可能) 4・傷病等なし

《具体的状況》 _____

③介護をなされている方が育児または、家族(高齢者は除く)が病気等の状況におかれていますか。

育児・看病が必要(1・常時必要 2・半日程度必要 3・時々必要) 4・必要なし

《具体的状況》 _____

④介護なされている方が利用希望者以外の高齢者を介護されていますか。されている方は利用希望者の介護を含め複数介護の状況はいかがですか。

複数介護あり（ 1・介護困難 2・多少介護可能 3・介護可能） 4・複数介護なし

《具体的状況》

⑤介護なされている方の就労状況はいかがですか。

1・8時間以上又は高齢で就労不能 2・4時間以上8時間未満 3・4時間未満 4・就労なし

《具体的状況》

⑥同居する家族の方はいますか。

同居人がいる（ 1・手伝い有 2・多少の手伝い有 3・介護は困難） 4・いない

《具体的状況》

⑦親戚等の介護の協力がありますか。

親戚等がいる（ 1・協力がある 2・多少協力あり 3・協力はなし） 4・近くに親戚等なし

《具体的状況》

IV 利用される際、契約を結ばれる当事者となる方とその代理人等をご記入下さい。

1・本人のみ 2・本人及び契約代理人（2名記入） 3・契約代理人 4・いない（取扱者を記入）

氏名 _____

契約代理人氏名 _____

V 施設利用に伴う介護費用負担者をご記入下さい。

住所 _____

氏名 _____