

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

特別養護老人ホーム施設入所申込書

特別養護老人ホーム施設長様

入所希望者

入所申込者

希望施設	<input type="checkbox"/> グリーンパルベル
	<input type="checkbox"/> 須坂荘
	<input type="checkbox"/> どちらとも

本人から見た続柄（ ）

住 所

電話番号（ ） -

貴施設に入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		性別	生 年 月 日	
氏 名		男・女	大正・昭和	年 月 日生（ 歳）
現住所	郵便番号	-	電話番号	（ ） -
介護保険被保険者番号		保険者名		
要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 申請中 <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
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		担当者	
	電話番号（ ） -			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（病院）へ入所、入院中（名称 ） 年 月 日 ～			
現況の医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他（ ） [現在治療中の病名] （ ）			
過去の入所・入院状況	名称		年 月 日～	年 月 日
	名称		年 月 日～	年 月 日
	名称		年 月 日～	年 月 日
該当する在宅での日常生活困難な事由（要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。）	<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見られる。 <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見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。	入所を希望する理由（該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。）	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため	
			<input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため	
			<input type="checkbox"/> " 就労しているため	
			<input type="checkbox"/> " 育児等しているため	
居室の希望（パルベルのみ）	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも		<input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため	
			<input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため	
			<input type="checkbox"/> 居室サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため	
			<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所を希望する <input type="checkbox"/> 年 月頃までに希望する		<input type="checkbox"/> 現在入院（入所）している病院、老健等から退院（退所）を求められており、在宅生活が困難なため（ 年 月 日頃退院（退所）予定）	
			<input type="checkbox"/> いずれ施設への入所を必要とするため	
			<input type="checkbox"/> その他 （ ）	

【様式1】（第2条関係）

居宅サービス (介護予防を含む。)等の利用 状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他					
	【総合事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)					
	前月の介護保険利用実績			単位) (直近3ヶ月の平均		単位)①
	支給限度基準額			単位)②		①/②*100=(在宅サービス利用率 %)
	利用 時間	<input type="checkbox"/> 午前 8:00~午後 6:00 (日中)		<input type="checkbox"/> 午後 6:00~午後10:00 (夜間)		
	<input type="checkbox"/> 午前 6:00~午前 8:00 (早朝)		<input type="checkbox"/> 午後10:00~午前 6:00 (深夜)			
※ 入所判定に当 たって特に配慮 して欲しい事項 (できるだけ具体的 に、詳細に記入して ください。)	(記入例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に不安を感じている。					
他の施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済みの施設名称 () () () () () ()					
主たる介護者 の状況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日生 (歳)		
	住所	〒 -		要介護認定の有無	有・無	
		電話番号 () -		要介護状態区分		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
本人から 見た続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()					
主たる介護者 以外の家族等 の状況	氏名	続柄	年齢	同居の別	居住地	備考
				同・別		
				同・別		
				同・別		
				同・別		
				同・別		

※添付書類

- 1 介護保険被保険者証の写し
- 2 過去3か月の介護保険サービス利用実績表の写し
- 3 認定調査のうち、認知症高齢者の日常生活自立度が記載された部分の写し又は主治医意見書
- 4 入所申込連絡票（施設所定の書式）

個人情報に関 する同意及び 説明確認欄	私は、保険者及び居宅介護支援事業者等が保有する私の個人情報を入所希望施設へ提供することに同意します。また、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。					
	令和 年 月 日					
	入所希望者氏名					印
入所申込者氏名					印	

特別養護老人ホーム入所申込連絡票

(入所申込添付書)

記入日 令和 年 月 日

記入者 []

フリガナ 利用者名				男・女
住 所	〒 ー			
家族氏名(申込者)			利用者との関係	
住 所	〒 ー			
	TEL ①		TEL ②	
要介護状態区分	申請中(新規・更新) 要介護 1・2・3・4・5			
被保険者番号				保険者(市町村)
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
居宅介護支援事業所	事業所:		TEL	
			FAX	
	担当介護支援専門員:			
現在利用している 介護保険サービス				
受診医療機関 主治医				
◎既往歴及び治療中の疾病/介護・生活状況			◎家族構成	
			◎家族状況	
◎服薬内容			氏 名	続 柄
			年 齢	同居の別
				同・別
				同・別
				同・別

日常生活動作 及び 身体状況		特記事項
麻痺等の有無	無 ・ 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢	
関節の拘縮の有無	無 ・ 肩関節 ・ 肘関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ 足関節	
寝返り	1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない	
起き上がり	1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない	
立ち上がり	1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない	
歩 行	1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない	
食 事 (食事の種類)	1 自立 2 一部介助 3 介助 4 経管 (鼻腔 ・ 胃ろう) 主食 () 副菜 ()	
排 泄	・トイレ	1 自立 2 一部介助 3 介助
	・ポータブル	1 自立 2 一部介助 3 介助
	・オムツ	終日 夜間のみ
褥 瘡	あり なし	部位
入 浴	1 自立 2 一部介助 3 介助	特浴 ・ 一般浴
更 衣	1 自立 2 一部介助 3 介助	
視 力	1 普通 2 目の前の物が見える 3 ほとんどみえない	
聴 力	1 普通 2 大きな声なら聞き取れる 3 難聴	
会 話	1 正常 2 やや不自由 3 できない	
意思疎通	1 できる 2 時々できる 3 できない	
精神状態	1 正常 2 認知症 3 精神障害	
問題行動	1 あり 2 なし (ありの場合、具体的内容)	
障害高齢者の日常生活自立度		J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症高齢者の日常生活自立度		I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ III ・ IV ・ M
◎介護上の留意点及びその他特記事項		