

特別養護老人ホーム親和園入所申込書

(申込者連絡先)

申込日	令和	年	月	日	〒	
受付日	令和	年	月	日	住所	
						氏名
※特例入所の事由の有・無						電話
		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		

特別養護老人ホーム親和園(指定介護老人福祉施設)に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者			
	氏名		男・女	被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護度	1・2 3・4・5
	現住所	〒					
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らししている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名 ◇所在地(市町村名のみ) ◇入所又は入院時期 平・令 年 月から入所・入院している					
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」・「障害」・「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他					
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 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() 【現在治療中の病気・特記事項等】					
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害					
	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 () () ()					
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	明・大・昭	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	【介護をしているうえで困っていること】						

今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、もしくは和歌山県)に報告することに意義なく同意します。

令和 年 月 日

本人又は介護者の氏名

印

- ※「特例入所の事由の有・無」欄で「有」となる場合は次ページにその事由について記載してください。
- ※「保険者」欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者の名称を転記してください。
- ※「介護保険被保険者証(写)」・直近3ヵ月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別表(写)」を添付してください。

特別養護老人ホーム親和園入所調査票

入所申込者氏名	被保険者番号
受付番号	保険者

ケ ア マ ネ ジ ヤ ー 記 入 欄		事業所名		連絡先電話番号		
		担当ケアマネジャー氏名		職種		
		要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合計
		1・2	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb	単身	%	
		3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中	
				点	点	点
			<p>【本人の心身の状況】</p> <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> 視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害がある <input type="checkbox"/> 重度の知的又は精神障害がある <input type="checkbox"/> その他()			
			<p>【介護者の状況】</p> <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要なものがある <input type="checkbox"/> 介護者がいるが十分な介護が困難(高齢・障害・疾病・就労・その他) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人) <input type="checkbox"/> その他()			
			<p>【在宅生活継続の可能性】</p> <input type="checkbox"/> きわめて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地有り <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他()			
			<p>【在宅生活に支障のある状況】</p> <input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 施設や病院等の入所(入院)者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる。 <input type="checkbox"/> その他()			
		<p>【住環境】</p> <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められている <input type="checkbox"/> その他()				
		<p>【参考項目】</p> 家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> ほとんどかかわっていない <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用して何とか <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない 入所についての本人の意思 <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる				

ケ ア マ ネ ジ ヤ ー 記 入 欄	記 入 日 年 月 日	特記事項	
		医療の必要性	
		同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 介護者の事情	
		家族の介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

