

特別養護老人ホームぬくもり荘 入所申込書

施設長 殿

申 込 日	年 月 日
受 付 日	年 月 日

申込代理人（手続きにお見えになった方）

フリガナ		続柄	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号 ()		
	携帯電話 ()		

施設を利用したいので、次のとおり申し込みます

フリガナ		男・女	明大昭	年 月 日生 (歳)
氏 名				
住 所	〒			
	電話番号 ()			
介 護 保 険	被保険者番号	要介護度 1 2 3 4 5		
障害高齢者自立度			認知症高齢者自立度	
認 定 期 間	年 月 日 から 年 月 日			
健 康 保 険	種別	後期・国保・ ()	記号・番 号	
年 金 等	種別	国民・厚生・障害・遺族・恩給 約 万円/年 間		
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は 施設	名 称	
	<input type="checkbox"/> 入院中		住 所	
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院又は利用期間 年 月 日～		
心身状態	移 動	<input type="checkbox"/> 独りで歩行できる <input type="checkbox"/> 補助具・介助で歩行できる <input type="checkbox"/> 歩行できず車椅子を使用		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助（時間で誘導している） <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> おむつ使用（昼夜・夜のみ）		
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろうより経管栄養 [主食] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 [副食] <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 水分にトロミ剤		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（一般浴・機械浴・特浴）		
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用		
	言 語	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 単語・返答のみ <input type="checkbox"/> 話せない ()		
	問 題 行 動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	医 療 の 状 況	現在治療中の病気・既往症など		

利用を希望する理由 該当するものをすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、在宅での介護が困難であるため <input type="checkbox"/> その他（ ） 【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください】 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待により、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ない <input type="checkbox"/> 特記事項（ ）						
家族の状況	氏名 主介護者をチェック	続柄	年齢	職業	同居 別居 の別	別居の場合	
						住所	電話番号
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
利用を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには利用したい				入所希望部屋 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> ユニット <input type="checkbox"/> どちらでも		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込している <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みをしている (他の施設名)						
特記事項							

担当介護支援専門員	氏名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄	私は、利用申し込みの際し、 <input type="checkbox"/> 利用順位の決定方法 <input type="checkbox"/> 特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有すること について施設から説明を受けました。 年 月 日 氏名: _____
-------	--

※保険者証・直近3カ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください