特別養護老人ホームぬくもり荘　入所申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　日 | 年　　月　　日 |
| 受　付　日 | 年　　月　　日 |

　施設長　殿

申込代理人（手続きにお見えになった方）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ　　氏名 |  | 続柄 |  |
| 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  | 男・女 | 明大　　　年　　月　　日生（　　　歳）昭 |
| 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 | □自宅□入院中□入所中 | 病院又は施設 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 入院又は利用期間 | 年　　　月　　　日～ |
| 心　身　状　態 | 移動 | □独りで歩行できる　□補助具・介助で歩行できる　□歩行できず車椅子を使用 |
| 排泄 | □自立　　□要介助（時間で誘導している）　□全介助　　　□カテーテル留置□布パンツ　□紙パンツ　　□おむつ使用　　（昼夜　・　夜のみ　） |
| 食事 | □自立　　□一部介助　　　　　□全介助　　　　□胃ろうより経管栄養[主食]　　□普通食　　　□お粥　　　□ペースト食[副食]　　□普通菜　□一口大　□刻み食　□ペースト食　□水分にトロミ剤　 |
| 入浴 | □自立　　　　　□一部介助　　　　　□全介助　（一般浴・機械浴・特浴） |
| 着脱衣 | □自立　　　　　□一部介助　　　　　□全介助 |
| 視力 | □普通　　　　　□弱視　　　　　　　□全盲　　　　　□眼鏡使用 |
| 聴力 | □普通　　　　　□やや難聴　　　　　□難聴　　　　　□補聴器使用 |
| 言語 | □会話ができる　□単語・返答のみ　　□話せない（　　　　　　　　　　）　　　 |
| 問題行動 | □攻撃的行為　　　□自傷行為　　　　　□徘徊□不穏行動　　　　□不潔行為　　　　　□異食行動□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 | □身寄りがなく介護者がいないため□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□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□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□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□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□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】□認知症である者であって，日常生活に支障を来たしている・行動や意思疎通が困難□知的障害・精神障害等を伴い，日常生活に支障を来たしている・行動や意思疎通が困難□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□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□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 |
| □ |  |  |  | □同居□別居 |  |  |
| □ |  |  |  | □同居□別居 |  |  |
| □ |  |  |  | □同居□別居 |  |  |
| □ |  |  |  | □同居□別居 |  |  |
| □ |  |  |  | □同居□別居 |  |  |
| 利用を希望する時期 | □今すぐ利用したい　　　　　　　　　　　入所希望部屋□　　年　　月頃までには利用したい　　　□多床室　□ユニット　□どちらでも |
| 申込状況 | □当該施設にのみ申込している□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，利用申し込みに際し，□利用順位の決定方法□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