

地域密着型特別養護老人ホーム かのこ・ほのか 入居申込書

社会福祉法人 来島会 様	申込日	令和 年 月 日
入居を希望するので、下記のとおり申込みます。	受付日	令和 年 月 日
	受付番号	受付者

申込者連絡先 (第一連絡先)	氏名		自宅住所	〒							
	続柄			電話番号:							
	勤務先名			勤務連絡先:	携帯:						

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者番号											
	氏名		男 ・ 女	被保険者番号											
	生年月日	明 大 昭 年 月 日 (満 歳)		要介護度	1	・	2	・	3	・	4	・	5		
	電話番号	自宅:		要介護認定 有効期間	年 月 日から										
		携帯:			年 月 日まで										
	自宅住所	〒	介護認定 更新中の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<small>おおよそ(凡その認定日: 年 月 日)</small>									
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 単身で居住 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> 家族と同居	<input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている											
	※自宅以外に 居住している場 合に記入	施設・病院 の名称		所在地	〒										
		入所または入院期間	年 月から(年 カ月)			電話番号									
	入居申込理由 (複数回答可)	<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"/> 住居がない又は立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 借家等のため本人に適した住宅改修ができない <input type="checkbox"/> 住居の構造上支障がある <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護する者が居ないため <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なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住するか又は長期入院中で十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、昼間は独居となり常時の十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分給付額を超えており、経済負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()													
本人の意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 納得している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 知りせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難														
在宅介護 継続期間	年 カ月	居宅サービス利用の有無			<input type="checkbox"/> 有	<small>(下記、利用中サービス欄に記入ください)</small>									
申込日前月 に利用中の サービス (月分)	訪問介護		回/月	訪問リハビリ		回/月	訪問看護		回/月						
	訪問入浴		回/月	通所介護		回/月	通所リハビリ		回/月						
	短期入所生活介護		日/月	短期入所療養介護		日/月	福祉用具貸与		品目						

本人の状況	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3ヶ月) <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内						
	介護支援専門員の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (理由)						
	利用している 居宅介護支援 事業所名	電話番号	担当ケア マネージャー名					
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻経管・ <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> たん吸引						
		<input type="checkbox"/> ストーマ(人口肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 人口透析						
		<input type="checkbox"/> その他()						
	受診している医療機関名:							
	既往歴、現在治療中の病名()							
	特記事項							
問題行動の状況	<input type="checkbox"/> 該当なし(下記の「問題行動の状況」項目に1つも当てはまるものが無い場合)							
	<input type="checkbox"/> 徘徊 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 暴力行為 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 被害妄想 1・2・3・4					
	<input type="checkbox"/> 不穏行動 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 自傷行為 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 異食行動 1・2・3・4					
<input type="checkbox"/> 不潔行為 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 火の不始末 1・2・3・4						
※上記の該当数字に○をつけてください。 1・ほぼ毎日 2・週3~4回程度 3・週1~2程度 4・月に数回程度								
特記事項								
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み							
	<input type="checkbox"/> 特養・老健・療養型・病院等、他の施設にも申込んでいる(予定も含む) (箇所)							
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既に申込んでいる他の施設名 () () () () () () ・ 今後申込む予定の施設名 () () () ・ 特養待機期間(他施設も含む) 年 力月 							
家族構成	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 ()							
	<input type="checkbox"/> 親 () <input type="checkbox"/> その他の親族 ()							
	<input type="checkbox"/> 子 ()							
主たる介護者の状況	(フリガナ)		性別	男・女	本人との 関係 続柄() 住所 電話番号	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
	主たる介護者 者の氏名		年齢	満 歳				
	意見等 (現状の介護で困っていることなど)	(※身体状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)						
	同居家族以外の親族・援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等	<input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり	<input type="checkbox"/> 親族・援助者なし			
同意欄	今後、入居申込者の状況等について、保険者である市町村及び担当ケアマネージャ、その他サービス提供事業者等に照会することに同意いたします。							
	令和 年 月 日 氏名 _____ (代筆者 _____)							

注1 要介護などの要件や他施設に利用されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をする場合があります。

その他

※入居を申し込むにあたり、特段の事象がある場合には下記にご記入ください。

地域密着型特別養護老人ホーム かのこ・ほのか 入居申込書 (記入例)

		申込日	令和〇年〇月〇日										
		受付日	令和〇年〇月〇日										
		受付番号	受付者										
社会福祉法人 来島会 様 入居を希望するので、下記のとおり申込みます。		申込者連絡先 (第一代理の方) 氏名 来島 花子 自宅住所 〒 794-0028 今治市北宝来町二丁目2-12 続柄 長女 電話番号 0898-××-×××× 勤務先名 (株)来島商事 勤務連絡先: 0898-××-×××× 携帯: 090-××××-××××											
本人の状況	(フリガナ)	クルシマ タロウ		性別	保険者番号		○○○○○○○○○○						
	氏名	来島 太郎		男	被保険者番号		○○○○○○○○○○○○						
	生年月日	明 大 昭 〇年〇月〇日 (満 ××歳)			要介護度	1 · 2 · 3 · 4 · 5							
	電話番号	自宅: 0898-××-××××			要介護認定 有効期間	令和〇年〇月〇日から							
		携帯:				令和×年×月×日まで							
	自宅住所	〒 794-0028 今治市北宝来町二丁目2-12			介護認定 更新中の有無	□ 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <small>おおよそ(凡その認定日: 年 月 日)</small>							
	現在の居所	□ 単身で居住 □ 高齢者のみの世帯		□ 家族と同居	<input checked="" type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている								
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院の名称	○○医院		所在地	〒 ××-×-××××		今治市○○○○○○○○○○					
		入所または入院期間	令和〇年〇月から(〇年〇カ月)		電話番号	0898-××-××××							
	入居申込理由 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため □ 住居がない又は立ち退きを求められている □ 借家等のため本人に適した住宅改修ができない □ 住居の構造上支障がある □ その他() □ 介護する者が居ないため □ 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、等により十分な介護が困難なため □ 介護する者が遠方に居住するか又は長期入院中で十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、昼間は独居となり常時の十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため □ 介護保険の居宅サービス給付の区分給付額を超えており、経済負担が大きいため □ その他()											
本人の意向	□ 入所を希望している <input checked="" type="checkbox"/> 納得している □ 迷っている □ 知りっていない □ 認知力低下により理解困難												
在宅介護 継続期間	2年 10カ月		居宅サービス利用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記、利用中サービス欄に記入ください) □ 無								
申込日前月 に利用中の サービス (月分)	訪問介護 回/月		訪問リハビリ 回/月		訪問看護 回/月								
	訪問入浴 回/月		通所介護 10回/月		通所リハビリ 回/月								
	短期入所生活介護 4日/月		短期入所療養介護 日/月		福祉用具貸与 2品目								

本人の状況	入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 早期希望(1~3ヶ月) <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内						
	介護支援専門員の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (理由)						
	利用している 居宅介護支援 事業所名	○○○○居宅介護支援事業所 電話番号 0898-××-×××			担当ケア マネージャー名	○○ 花子		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(口経鼻経管・口胃ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> ストーマ(人口肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()						
		受診している医療機関名: ○○医院						
		既往歴、現在治療中の病名(脳梗塞・高血圧・糖尿病)						
	特記事項							
	問題行動の 状況	<input type="checkbox"/> 該当なし(下記の「問題行動の状況」項目に1つも当てはまるものが無い場合) <input type="checkbox"/> 徘徊 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 暴力行為 1・2・3・4 <input checked="" type="checkbox"/> 被害妄想 1 2・3・4 <input checked="" type="checkbox"/> 不穏行動 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 自傷行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 異食行動 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 不潔行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 火の不始末 1・2・3・4						
		※上記の該当数字に○をつけてください。 1・ほぼ毎日 2・週3~4回程度 3・週1~2程度 4・月に数回程度						
		特記事項						
他施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 特養・老健・療養型・病院等、他の施設にも申込んでいる(予定も含む) (3箇所) <ul style="list-style-type: none"> ・ 既に申込んでいる他の施設名 (A施設) (BC園) () () () () ・ 今後申込む予定の施設名 (DF荘) () () ・ 特養待機期間(他施設も含む) 年 力月 							
	家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 () <input type="checkbox"/> 親 () <input type="checkbox"/> その他の親族 () <input checked="" type="checkbox"/> 子 (長女・長男・次男) ()						
主たる介護者の状況		(フリガナ)	クルシマ ハナコ	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	本人との 関係	続柄(長女)	<input checked="" type="checkbox"/> 同居
	主たる介護者の氏名	来島 花子	年齢	満 ××歳	住所		今治市北宝来町二丁目2-12	
	意見等 (現状の介護で困っていることなど)	(※身体状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。) 脳梗塞後遺症により、左半身麻痺、それに伴い歩行が困難となる。車椅子を使用したいが、借家のため、住宅改修が困難であり自宅での介護が困難である。また自身も仕事がありに注の介護が困難である。						
	同居家族以外の親族・援助者の有無	□子	<input checked="" type="checkbox"/> 兄弟・親戚等	□親族はないが援助者あり	□親族・援助者なし			
同意欄	今後、入居申込者の状況等について、保険者である市町村及び担当ケアマネージャ、その他サービス提供事業者等に照会することに同意いたします。 令和 ○年 ○月 ○日 氏名 来島 太郎 (代筆者 来島 花子)							

注1 要介護などの要件や他施設に利用されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注2 必要に応じて申後の状況について、施設から確認や連絡をする場合があります。

※合わせて介護保険被保険者証のコピーの提出をお願いいたします。

その他

※入居を申し込むにあたり、特段の事象がある場合には下記にご記入ください。