## 特別養護老人ホーム入所申込書

[ 新規 · 変更 · 更新 ]

申込日		令和	年	月	日		保険者名		191 79 <b>u</b>	<u> </u>		,471 <u> </u>	
Ţ	ふりがな		性		入所希望者との関係								
入由所								□配偶者 □子 □子の配偶者					
申所に関	氏 名					□男	□女	□兄弟姉	姉妹 □甥	姪 □その	D他(	)	
関する		₹				•		自宅電話())					
る連絡	住 所	携帯電話( )											
名 名 先	ш //					=				_	,		
	> n 184	昼間の連絡先:□自宅 □携帯 □会社等				章     性別		」電話番号()					
入所希望者の状況	ふりがな							被保険者番号					
	氏 名					□男	□女						
	住 所	₹					年齢	介護度	□1	$\Box 2 \Box$	$3 \square 4$	□ 5	
			電話	(	)		歳	認定	令和	年	月	日から	
	生年月日	□明治 [		<u>`</u> 昭和	<del></del> 年	 月	日	期間	令和	年	月	日まで	
	医療の状況	□経管栄養	養(□経鼻	□胃瘻	□腸瘻)	□カラ	ーテル	□スト	・ーマ	□酸素療	₹法 □	  透析	
		ロインシ	ュリン 口気	気管切開	□その他	<u>i</u> (						)	
		[現在注	治療中の病	名] (								)	
	現在の 生活場所	口在宅で	• • •		.)	-0 > >					年以上病	院に入院	
			設(有料老人		シーグルー	フホーム					T.	日ふと	
	世帯等		又は病院名 は一人で暮		3			入所・入 名では高		かで暮ら	•	月から ろ	
家族、親族等の	の形態	,	は高齢者以外	_		している	• •		1回4.口 <b>-</b> ン。	77 <b>(</b> 47 )		•	
	近隣家族	□近隣に家族はいない。    □近隣に家族がいる。											
	の有無		隣、道路									0分以内	
	同居家族 及び 近隣家族 の状況	氏名	<u> </u>	住	所	続柄	年齢		• 別居	要介護	障害	複数介護	
								□同居	・□別居				
								□同居	・□別居				
								□同居	・□別居				
								□同居	·□別居				
								□同居	・□別居				
								□同居	·□別居				
状		※「要介護		1 以上	※「障害		.帳3級J		育手帳A	、精神和	富祉手帳	1級	
況		※「複数介護」:複数人の家族を介護、看護、又は未就学児の育児中。											
			護、育児を受				)	(		) (		)	
		│ 男性□、女 │	は〇 亡く	なっている	場合■、	同居者	は線で囲	む 例:		歳女性、き	夫死亡、·	子供3人	
	ジェノ グラム (家系図)								本人 〇				
										<u> </u>			
								人長	」 ·男	∕     ■ 次男死亡		〇 <b>長</b> 女	
同意書	私及び家族は、特別養護老人ホームの入所にあたり、入所調整検討委員会に対し、要介護認定										護認定に	に係る	
	調査内容、判定結果及び主治医意見書を提出するこ						意します	· 令和	年		月		
	本人、又	は氏名					入所希	音望者と	の関係				
	家族の代表												
	,	- //•											

ふりがな		性別	入所希望者との関係							
主 た る <b>〒</b>		□男 □女	□配偶者 □子 □子の □兄弟姉妹 □甥姪 □その他	配偶者						
				年齢						
介 (注 所 (護)		Æ	話 ( )	歳						
者 生年日日 口大正 口昭和										
(1)	□1級 □2級 □3級 □4刹	2 . 72 . 72	 □ 6 級							
況 障害等の 療育手帳	$\Box A  \Box B$	精神福祉	手帳 □1級 □	2 級						
状況 手帳に記載し	てある障害等名(	-		)						
本人の意向 □入所を希望し □認知力低□	ている □迷っている 下により理解困難	□拒否してい	いる □知らせていた	ない						
希望する部屋の形態  □個室を	:希望 □多床室(相部屋)	を希望	個室、多床室どちらでも。	よい						
	入 希望施設へ印を記入ください。複数の施設を希望することもできます。なお、複数の施設を希望された場合には、									
所 希望した施設のうち最初に空床ができた施設へ入所することになります。 希 (紹介した施設への入所を辞退される場合は、やむをえない事情による場合を除き一定期間紹介を行いません。)										
望 □飯田荘 □第二飯田荘										
施 □やすおか荘 □あさぎ		□陽だまりの		**** 第二光の園						
この欄は、ケアマネージャーなどへ記入を依頼してください 【居宅介護支援事業所記入欄】 ※施設(老健、療養型等)へ入所又は病院に長期入院している場合は、施設関係者又は病院関係者がご記入ください。										
¥	<sup>施設(老健、療養型等)へ入所又は病院に長期 ・名及び担当</sup>	1人院している場合	は、施設関係者又は病院関係者が 事業所住所及び連絡先	こ記人ください。						
7.77		₹								
III ## A =# # @ II \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	担当:	0.11.70.	電話()	7 /4						
世帯・介護者の状況(※住氏   □一人で生活している	票上ではなく、事実上の自宅での同居	の状況)	近隣の家族の状況 □近隣に家族無し	子供 □ 有						
□ 一人で生活している   □ □在宅で生活 □本人は施設	等で生活		□近隣に家族無し   □近隣に家族がいる(隣接等)							
□高齢者のみの世帯(介護者の均	場合 □後期高齢者 □前期高齢者	首 )	□障害・要介護者のみ							
口同居者は寝たきり等の方のみでえ			□後期高齢者のみ	□無						
<ul><li>□介護者が障害者・要介護者、且つ</li><li>□介護者が障害者・要介護者</li></ul>	)複数介護・看護している □介護者が複数介護・看護している		□複数介護·看護·育児 □上記以外							
□ □	口本人は施設等で生活	□隣接等に家族がいる								
□家族と同居(※高齢者世帯以外) (※隣接等: 敷地内、隣、道路向い)										
口同居者は寝たきり等の方のみで			□障害・要介護者のみ							
<ul><li>□ □同居者は、障害・要介護者且つ複</li><li>□ □同居者は、障害・要介護者の介護</li></ul>	□後期高齢者のみ □複数介護・看護・育児									
□□店有は、障害・安介護有の介護   □同居者は、複数介護・看護・育児			□後数月護・有護・再先   □上記以外							
□配偶者(介護者)のみ	口未婚の子(介護者)のみ		□左欄の(※1)の場合							
	しているが、これらを受けない同居者がい。	る(※1)	口本人は施設等で生活							
□上記以外の介護者ほか家族と同	居(※1) □本人は施設等で生活  在宅 □老健、療養型、介護医療院、1年	以上床院に入院	┃ □特定施設、グループホームに	 ほか □特養						
□ 過去6ヶ月で最も多い生活場所   □	備考(特別なことがあれば100字以			>// 山村食						
記入者  □在宅ケアマネ  □施設ケアマネ・相談員、病院相談員  □民生委員  □主治医  □その他( )										
~ここまで記入終了後に市町村の窓口等へ提出してください~ 【表取せ記 3 博】 は「広域 海会記 3 博】 は 記 3 しないでください										
【市町村記入欄】と【広域連合記入欄】は記入しないでください 【市町村記入欄】										
【川町村記八懶】										
要介護度   □   □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			音の最初の開始日   円 自立 □ I □ II □ III □ III □ III							
【広域連合記入欄】		<u> </u>								
受付No	月日 令和 年 月 日	判定年月	日 令和 年 月	日						
	個別評価項目基準点			判定結果						
要介護度自立度障害補正			認定期間 合計点							
点 点	点 点 点	点点	点点点							