

特別養護老人ホーム うさみの園 入所申込書 (記入例)

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏名	ヤマダ ウメ 山田 梅	性別	生年月日										
		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	明・大・昭	9年	4月	6日 (85歳)							
住所	〒 (414-0001) 伊東市宇佐美2403-1		Tel		0557-47-6200								
介護保険	保険者名	伊東 市(区) 町・村	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
要介護度	申請中	要介護度1	要介護度2	要介護度3 <input checked="" type="radio"/>	要介護度4	要介護度5							
認定期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日			生活保護の受給	あり	なし <input checked="" type="radio"/>							
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい		2. 6か月以内には入所したい										
	3. 将来的には入所をしたい												
認知症の状況	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		認知症日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa <input checked="" type="radio"/>	IIIb	IV	M		
認知症の具体的症状	短記憶障害、せん妄、失見当 等												
知的障害、精神障害等の状況	*手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。 なし												
居宅サービスの利用状況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。 デイサービス R〇〇年〇〇月~ 2日/週、訪問介護 R△△年△△月~ 5日/週 ショートステイ R〇〇年〇〇月~ 1泊2日 月2回 等												
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有 ・ 無 (有の場合は、退所予定時期)												

家族、身元引受人等の連絡先 *介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

(フリガナ) 氏名	ヤマダ シロウ 山田 次郎	年齢	55 歳	続柄	次男	介護者	○
住所	〒 (414-0002) 伊東市湯川1-2-3		Tel		090-1234-5678 0557-37-6200		
(フリガナ) 氏名	ヤマダ ハルコ 山田 春子	年齢	52 歳	続柄	次女の妻	介護者	◎
住所	〒 (414-0002) 伊東市湯川1-2-3		Tel		0557-37-6200		
(フリガナ) 氏名		年齢	歳	続柄		介護者	
住所	〒 (-)		Tel				

(裏面も記入してください。)

(裏面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:() 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:() 〕 介護が困難な状況 :
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢:(歳) 〕 介護が困難な状況 :
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 本人宅より車で10分の距離に介護者宅あるが、次男夫婦とも日中仕事を持って 〕 介護が困難な状況 : いるため、常時見守りを必要とする本人の在宅介護は困難
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況 : 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無) 〕
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	8. 上記以外の状態で介護が困難 〔 介護が困難な状況 : 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ） (施設名)
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院 (施設名)

4 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

- 本人宅は老朽化が進み住環境の整備が必要だが、経済的な問題で整備することが困難。
- 本人は認知症状と下肢筋力の低下により、転倒の危険性が高く常に見守りを必要としているが、見守り対応できる介護者が不在のため在宅での生活は困難。
- 本人の身体機能の低下により介護負担が大きくなったため、これ以上の在宅介護の維持が困難。

等

担当ケアマネジャー	氏名	鈴木 月子	事業所名	〇〇居宅介護支援事業所
主治医	氏名	田中 三郎	病医院名	田中病院

* 入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。

* 2年間にわたり連絡が取れない場合は、申し込みの登録を取り消します。