

特別養護老人ホーム鑑石園 入所申込書

令和 年 月 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 | | | 性 別 | 生 年 月 日 | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 (-) | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | 保険者名 | 市 (区) 町・村 | 被保険者 番 号 | | | | | | | | | |
| | | | | TEL | | | | | | | | |
| 要介護度 | 申請中 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | | | | | | |
| 入所希望時期 | 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. 将来的には入所したい | | | | | |
| 認知症の状況 | 有 ・ 無 | 認知症日常生活自立度 | 自立 | I | II a | II b | III a | III b | IV | M | | |
| 認知症の具体的症状 | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャー | 氏 名 | | | | | | 事業所名 | | | | | |
| 現在の状況 | 1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、住宅型有料老人ホーム等、病院を含む）に入所又は入院している 3. 退所予定の有無 有 ・ 無 (退所 (退院) 予定時期) | | | | | | | | | | | |

2 家族、身元引受人等の連絡先

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------|--|-----|------------------|--|--|--|--|--|--|-----|
| (フリガナ) 氏 名 | | | 続 柄 | 生 年 月 日 | | | | | | | |
| | | | | 大・昭・平 年 月 日 (歳) | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 (-) | | | | | | | | | | |
| 勤 務 先 | | | | | | | | | | | TEL |
| | | | | 勤務先 TEL | | | | | | | |

3 主たる介護者

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------|--|-----|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| (フリガナ) 氏 名 | | | 続 柄 | 生 年 月 日 | | | | | | | |
| | | | | 大・昭・平 年 月 日 (歳) | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 (-) | | | | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | | | | | |

※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、必ずご連絡ください。

(裏面も記入してください)

(裏面)

4 その他の家族の状況 (同居者のみ)

| 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 備考 |
|----|-------------|----|----|
| | 大・昭・平 年 月 日 | | |
| | 大・昭・平 年 月 日 | | |
| | 大・昭・平 年 月 日 | | |
| | 大・昭・平 年 月 日 | | |

5 介護者等の状況

| | |
|---|---|
| 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。 | 1.一人暮らしで身寄りも介護者も全くいない |
| | 2.主たる介護者が遠方にいるため日常的に介護をすることが困難 (移動時間：往復 時間以上 介護に要する時間： 時間以上) |
| | 3.主たる介護者が病気で長期間入院中のため介護ができない (病名： 入院先：) |
| | 4.主たる介護者が高齢者で介護が困難 (年齢： 歳 介護が困難な状況：) |
| | 5.主たる介護者が障害者(療育手帳又は身体障害者手帳等を所持)で介護が困難 (知的障害、精神障害、身体障害等の状況：) |
| | 6.主たる介護者が要支援、要介護状態又は疾病により在宅療養中で介護が困難 (要支援・要介護度： 病名：) |
| | 7.主たる介護者が育児中のため介護が困難 (小学生未満の幼児、乳幼児の状況： 人 歳から 歳) |
| | 8.主たる介護者が複数人を介護しているため介護が困難 (入所申込者以外の介護の状況：) |
| | 9.主たる介護者の家族が特定の疾病により長期療養中のため介護が困難 (家族の病名等：) |
| | 10.主たる介護者が就業しているため介護が困難 (職業： 1週間の就労時間： 時間/週) |
| | 11.上記以外の理由だが介護が困難 (介護が困難な状況：) |

6 施設入所等の状況

| | |
|-------------------------------|---|
| 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.特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)、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、介護付有料老人ホーム、その他の福祉施設、医療機関 (施設(病院)名： 退所(院)予定日：) |
| | 2.住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅 (施設名： 退所予定日：) |

7 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)

| |
|--|
| |
|--|

※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、必ずご連絡ください。