

| | | | | | | | |
|-----|----|-----|----|------|-------|--------------------------|-------|
| 施設長 | 課長 | 相談員 | 担当 | 介護士 | 写真 | <input type="checkbox"/> | 他施設入所 |
| | | | | 介護士 | 職員意見書 | <input type="checkbox"/> | 申込取消 |
| | | | | 特例入所 | 希望意見書 | <input type="checkbox"/> | 終了 |
| | | | | その他 | | | 年 月 日 |

記入例

社会福祉法人二王子会

特別養護老人ホーム 入所利用申込書

記入日

令和 ○年 ○月 ○日

| | | | | | | |
|-------------|---------------|---------------|-------------------------------|--|----|--|
| 受付印 (施設使用欄) | 申請者 (連絡先) | 氏名 | フリガナ ニノウジ タロウ 二王子 太郎 | 入所希望者 との続柄 | 長男 | |
| | | 住所 | 〒 957-0052 新発田市大手町4丁目5番29号 | | | |
| | | 電話番号 | 自宅 | (0254) 23 - 3166 | | |
| | | | 携帯 | (090) 1234 - 0000 | | |
| 希望施設 | 二の丸 (新発田市) | とっさか (胎内市) | つきおかの里 (新発田市) | ※入所を希望される施設 に○印を、希望されな い場合は、×印を付け て下さい。 | | |
| | | ○ | ○ | ○ | | |

貴法人の特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|--------------|--|--|------------------|--|------------------|
| 入所希望者の 状況 | 入所希望者 氏名 | フリガナ ニノウジ ハナコ 二王子 花子 | 生年月日 | 大正・ 昭和 8 年 8 月 8 日 | |
| | | | 性別 | 男・ 女 年齢 満 ○○ 歳 | |
| | 住所 | 〒 957-0052 新発田市大手町4丁目5番29号 | | 電話番号 | (0254) 23-3166 |
| | 介護保険 | 被保険者番号 | 123456789 | 要介護度 | 1 2 3 4 5 |
| | | ◎介護保険証の写しを添付して下さい。 | | | |
| | | 負担割合 | 1割 ・2割・3割 | 認定有効期間 | 令和○年 △月 ×日 まで |
| | | 担当 介護支援専門員 | ○○ △△ | 事業所名 | 居宅介護支援○○ |
| | 医療保険 | 後期高齢者医療被保険者証 ・健保・国保・共済・組合・生保〔担当者： 〕 | | | |
| | 年金 | 無・ 有 金額 約 [8] 万円/月 | 種類 | 国民・ 厚生 ・老齢・障害・遺族・ 恩給 ・その他 [] | |
| 身障手帳 | 無 有 [] 種 [] 級 障害名 [] | | | | |
| 現況 | 自宅・入院中・ 施設入所中 [病院・施設名： 老人保健施設○△] | | | | |
| 申請理由 | 【利用者の状態と家庭介護の状況】 令和○年○月、母が脳梗塞が原因で寝たきりとなり、介護が必要な状態となる。日中はホームヘルパーを依頼する他は、全て妻と共に介護にあたってきましたが、共働きのため身心ともに疲れ果て、限界を感じていました。現在、老人保健施設○△にお世話になっています。今後、自宅に戻って生活することは難しく経済的な心配もあるため、この度、入所利用の申請をしました。 入所希望施設は、早期入所が可能であればどの施設でも構いません。 | | | | |
| 生活歴および 職歴 | 約40年間○○役場に勤務し、定年退職後は悠々自適の生活を送り、夫と共に園芸を趣味としていました。性格は穏やかでした。夫が亡くなると、アルコールを常飲するようになり、持病の高血圧とあいまって、令和○年○月脳梗塞により倒れました。その後は寝て過ごすことが多くなりました。しばらく、ホームヘルパーを利用してながら、なんとか自宅で生活をしていましたが、介護が困難となり、現在、老人保健施設に入所中。 | | | | |

| | | | | |
|---------|--|---|--------|-----------|
| 医療状況 | ・経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ・フォーレ・ストマ（人工肛門）・吸痰（1日 回） 人工透析・気管切開・酸素療法・床ずれの処置・その他〔 〕 | | | |
| | 現在治療中の病気 | 高血圧、糖尿病、貧血 | | |
| | 主治医 | 医療機関名 | △△内科医院 | 担当医 △△ ○○ |
| 日常生活の状況 | 移動方法 | 〔独歩・杖・シルバーカー・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ・リクライニング車椅子〕 自立・見守り・一部介助・全介助 | | |
| | 食 事 | 自立 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> なんとか一人で <input type="checkbox"/> ・見守り・一部介助・全介助・経管栄養 | | |
| | 排 泄 | 〔トイレ <input type="checkbox"/> ・ポータブルトイレ・尿便器・オムツ交換〕 自立・見守り <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> ・全介助 | | |
| | | 〔布パンツ <input type="checkbox"/> ・リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ・オムツ・フォーレ・ストマ〕 | | |
| | 入 浴 | 〔家庭浴・一般浴 <input type="checkbox"/> ・特殊浴槽 <input type="checkbox"/> 〕 自立・一部介助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> | | |
| | 着脱衣 | 自立 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> ・全介助 <input type="checkbox"/> | | |
| | 起 座 | 自立 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> ・全介助 <input type="checkbox"/> | | |
| | 寝返り | 自立 <input type="checkbox"/> ・一部介助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> | | |
| | 視 力 | <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> ・見えづらい・殆ど見えない・見えない | | |
| | 聴 力 | <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> ・聞こえづらい・殆ど聞えない・聞こえない | | |
| | 会 話 | できる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 簡単な内容ならできる <input type="checkbox"/> ・意志疎通できない・返事のみ・発語なし | | |
| | 床 ず れ | 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 〔部位：右臀部 〕 | | |
| 徘徊 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ・居室内・屋内・屋外 | | | |

※ 続柄は、入所希望者ご本人からみた続柄をご記入下さい。

| 家族構成（同一生計者） | 氏 名 | 続 柄 | 性 別 | 生年月日 | 勤務先・電話番号 |
|-------------|----------|------|---|---|-------------------|
| | 入所希望者ご本人 | 本人 | | | |
| | 二王子 太郎 | 長男 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 大・ <input type="checkbox"/> 昭・平・令 ○年 ○月 ○日 | 株式会社○○○運輸 23-1111 |
| | 二王子 春子 | 長男の妻 | 男 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 女 | 大・ <input type="checkbox"/> 昭・平・令 ○年 ○月 ○日 | 株式会社□□□食堂 26-2222 |
| | 二王子 一郎 | 孫 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・令 ○年 ○月 ○日 | 大学生 |
| | | | 男・女 | 大・昭・平・令 年 月 日 | |
| | | | 男・女 | 大・昭・平・令 年 月 日 | |
| | | | 男・女 | 大・昭・平・令 年 月 日 | |

| | | | |
|-------|--------------------|--|-----------------------------|
| 身元引受人 | 氏 名 | 住所・電話番号 | 勤務先・電話番号 |
| | 二王子 太郎 〔続柄 長男 〕 | 〒 957-0052 新発田市大手町4丁目5番29号 自宅 (0254) 23-3166 携帯 (090) 1234-0000 | 株式会社○○○運輸 (0254) 23-1111 |

| | | | |
|-------|----------------------|--|-----------------------------|
| 緊急連絡先 | 氏 名 | 住所・電話番号 | 勤務先・電話番号 |
| | 二王子 春子 〔続柄 長男の妻 〕 | 〒 957-0052 新発田市大手町4丁目5番29号 自宅 (0254) 23-3166 携帯 (090) 0011-0000 | 有限会社□□□食堂 (0254) 26-2222 |

| | | | |
|--------------------------|--|---------------------------------|--|
| 説明確認および 情報収集に係る 同意 | <input checked="" type="checkbox"/> 私は、貴施設への入所申込に際し、入所申込から入所契約までの事務手続きおよび入所順位の決定方法について、貴施設から説明を受けました。 <input checked="" type="checkbox"/> 私は、貴施設への入所申込に際し、私（入所希望者およびその家族）に関する情報を、市町村、担当包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設および医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意いたします。 令和 ○年 ○月 ○日 | | |
| | 入所希望者 | 二王子 花子 <input type="checkbox"/> | |
| | 入所希望者の家族 | 二王子 太郎 <input type="checkbox"/> | |