

\*太枠の中をすべて記入してください(不明な点は、施設の担当者までご相談下さい)

\*□欄は、該当するものに×を記入下さい

### 指 定 介 護 老 人 福 祉 施 設 入 所 申 込 書

入所を希望する者	フリガナ			保 険 者 名																	
	氏 名			被保険者番号																	
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	歳	性 別 男・女														
	現 住 所	(郵便番号		—	)	電話番号(		—	—	)											
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定うけている <申込日現在の介護度> 要介護度 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) <認定有効期間> 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで																			
<input type="checkbox"/> 区分変更申請中(平成 年 月 日申請)									<input type="checkbox"/> 更新申請中(平成 年 月 日申請)												
<input type="checkbox"/> 要介護認定うけていない																					
<input type="checkbox"/> 認定申請中(平成 年 月 日申請)									<input type="checkbox"/> 要支援の認定を受けている												
世帯状況			<input type="checkbox"/> 同居家族がない(一人暮らし)																<input type="checkbox"/> 同居家族がいる		
入所を希望する理由	□ 介護する者がいないため。 □ 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。 □ 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 □ 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 □ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 □ その他																				
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム高喜苑 施設長 向井 康子 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者等から情報提供を受けることに同意します 平成 年 月 日 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄) _____																					

提出者 (連絡先)

氏名:	続柄:	電話番号:
〒:		
住所:		

\*太枠の中をすべて記入してください(不明な点は、施設の担当者までご相談下さい)  
 \*□欄は、該当するものに×を記入下さい

◎介護者・家族等の状況

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
主たる介護者	フリガナ			年齢	本人との関係	備考	
	氏名						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 (〈具体的に〉 <input type="checkbox"/> 健康             )					
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人の看病等があり、介護困難な状態である (〈具体的に〉) <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である (〈具体的に〉)					
		・ 就労について <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 4時間前 ・ 育児、看病について <input type="checkbox"/> 常時の育児・看病 <input type="checkbox"/> 半日育児・看病 <input type="checkbox"/> 臨時育児・看病 <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である					
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	年      月頃から介護している (期間:約      年)					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____ ) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____ )					
意見	[食事や排泄のこと、その他介護をしてる上で困っていることなど]						



\*太枠の中をすべて記入してください(不明な点は、施設の担当者までご相談下さい)

\*□欄は、該当するものに×を記入下さい

入所希望者の状況	医	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (
	療 の 状 況	<現在療養中の病気・特記事項等> ( _____ )  主治医 病院名 : _____ 医師名 : _____ 住    所 : _____ 電話番号 : _____ - _____

ケアマネジャー記入欄	担当ケアマネジャー氏名	事業所名	連絡先電話番号
	痴呆性老人の日常生活自立度	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
	障害老人の日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
	在宅サービス利用率	%(直近3ヶ月の平均)	
	意見等		

施設記入欄	入所申込書受付日	平成	年	月	日
	入所決定日	平成	年	月	日