

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日	受付番号
-----	-------	-----	-------	------

### 特別養護老人ホーム真寿園 入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム真寿園施設長 様

入所申込者

(入所希望者との続柄 )

特別養護老人ホーム真寿園に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

(該当する箇所には、□にチェックを入れてください)

フリガナ			生年月日	
氏名	(男・女)		明治・大正・昭和	年 月 日生 ( 歳)
現住所	郵便番号			電話番号
被保険者番号			保険者名	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	認定期間      年      月      日      ~      年      月      日			
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。		<b>入所を希望する理由</b> (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)  <input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> " 高齡、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> " 就労しているため <input type="checkbox"/> " 育児等しているため <input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため  <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため  <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため  <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため( 年 月 日頃退院(退所)予定) <input type="checkbox"/> (その他詳細 )	
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。			
<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。				
<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齡又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。				
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称			
	Tel			
	担当者			
			入所希望時期	<input type="checkbox"/> 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ
健康保険	種類			
年金の種類等	種類			
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他			
	<b>【地域支援事業】</b> <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)			
	(前月の介護保険利用実績 _____ 単位)(直近3ヶ月の平均 _____ 単位)① (支給限度基準額 _____ 単位)②    ①/②*100=(在宅サービス利用率 _____ %)			
	利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 8:00~午後 6:00 (日中) <input type="checkbox"/> 午後 6:00~午後 10:00 (夜間) <input type="checkbox"/> 午前 6:00~午前 8:00 (早朝) <input type="checkbox"/> 午後 10:00~午前 6:00 (深夜)		
	現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称 _____ ) 年 月 日~		
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) [現在治療中の病名] ( _____ )				

過去の入所・入院状況	種類		年	月	日	～	年	月	日
	名称		理由						
	種類		年	月	日	～	年	月	日
	名称		理由						
※ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項	<p>(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。</p>								
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )								
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )								
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日					
	氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳)					
	住所	〒		要介護認定の有無	有・無				
		Tel		要介護状態区分					
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
	申込者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
家族等の状況	家族図		氏名	続柄	年齢	備考			

添付書類

- 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」 (写)
- 個人情報に関する同意書
- 身体状況確認表

説明確認欄	私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。								
	年 月 日			氏名					

『記入例』

申込日		受付日	年	月	日	受付番号	
-----	--	-----	---	---	---	------	--

特別養護老人ホーム真寿園 入所申込書

特別養護老人ホーム真寿園施設長 様

入所申込者 **長野 春子**

(入所希望者との続柄 **長女**)

特別養護老人ホーム真寿園に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。  
(該当する箇所には、にチェックを入れてください)

フリガナ	<b>マツモト ハナコ</b>		生年月日	
氏名	<b>松本 花子</b>		明治・大正・昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日生 ( <input type="checkbox"/> 歳)	
現住所	郵便番号	<b>000-0000</b>	電話番号	
	<b>松本市 〇〇 1丁目-〇〇</b>			
被保険者番号 (介護保険)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保険者名
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5			
	認定期間 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日			
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。		入所を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)  <input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> " 就労しているため <input type="checkbox"/> " 育児等しているため <input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため( 年 月 日頃退院(退所)予定) <input type="checkbox"/> (その他詳細 )	
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。			
<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。				
<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。				
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称		入所希望時期	<input type="checkbox"/> 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ
	Tel			
	担当者			
	ケアマネージャーさんの情報をご記入して下さい			
健康保険	種類	健康保険証の名称をご記入ください		
年金の種類等	種類	年金の名称をご記入ください		
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他			
	【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)			
	(前月の介護保険利用実績 _____ 単位) (直近3ヶ月の平均 _____ 単位) ① (支給限度基準額 _____ 単位) ② ①/② * 100 = (在宅サービス利用率 _____ %)			
	利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 8:00~午後 6:00 (日中) <input type="checkbox"/> 午後 6:00~午後 10:00 (夜間) <input type="checkbox"/> 午前 6:00~午前 8:00 (早朝) <input type="checkbox"/> 午後 10:00~午前 6:00 (深夜)		
	現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称 _____ ) 年 月 日~		
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) [現在治療中の病名] ( _____ )				

過去の入所・入院状況	種類		年	月	日	～	年	月	日	
	名称		理由							
	種類		年	月	日	～	年	月	日	
	名称		理由							
※ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項	(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。									
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 ( ) ( )									
	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )									
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 ( ) ( )									
	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )									
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日						
	氏名		男・女	年	月	日生	( )	歳)		
	住所	〒	Tel			要介護認定の有無	有・無			
						要介護状態区分				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居								
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
家族等の状況	家族図				氏名	続柄	年齢	備考		
	<p>同居されているご関係を○で囲んでください。</p>				松本花子	本人				
					長野春子	長女		松本市内		
					松本一郎	長男		長野市		
					松本二郎	次男		東京都		

添付書類

- 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」(写)
- 個人情報に関する同意書
- 身体状況確認表

説明確認欄	私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。
	年 月 日 氏名

面談日に記入して頂きます。

# 身体状況確認表

生活・身体状況確認表 ※該当する部分を○で囲み、空欄は記入して埋めてください。

主治医（かかり付けのお医者さん）		既往歴 入院歴 など		
氏名				
病院名				
連絡先				
お薬の内容				
身 体 状 況				
食事	自立・一部介助・全介助	嚥下状態		
食事形態	主食：                      副食：                      トロミ：（あり・なし）	食事用具	スプーン・箸（                      ）	
経管栄養	胃ろう・鼻腔（                      ）	内容		
排泄動作	自立・一部介助・全介助	尿・便意	有り    ・    無し	
排泄状況	昼：                      夜：                      その他			
失禁	ある・時々ある・なし	排便状況	（                      日に                      回）	
寝返り	自力・つかまりで可・出来ない			
立ち上がり	自力・つかまりで可・出来ない			
歩行	自立・要見守り・一部介助・出来ない			
車椅子	自立・介助			
移乗動作	自立・要見守り・一部介助・出来ない			
入浴	自立・一部介助・全介助	種類：特浴・一般浴		
更衣	自立・一部介助・全介助			
口腔ケア	自立・一部介助・全介助	義歯：総義歯/部分義歯（上下）		
皮膚状態		麻痺	（有・無） 部位：	
視力	見える・良く見えない・見えない	聴力	聞こえる・良く聞こえない・聞こえない	
会話	出来る・出来ない（                      ）	理解力		
精神症状	徘徊・帰宅願望・離設行為・妄想・幻覚・幻聴・夜間不眠・収集癖・暴言・暴力			
	介護抵抗・拒否・放尿・放便・不潔行為・その他：			
本人の生き立ち・趣味・趣向品など				

# 身体状況確認表

生活・身体状況確認表 ※該当する部分を○で囲み、空欄は記入して埋めてください。

主治医（かかり付けのお医者さん）		既往歴 入院歴 など	分かる範囲で構いません	
氏名	○○先生			
病院名	○○病院			
連絡先	○○-○○○○			
お薬の内容	薬の名前が分かる書類の添付でも構いません			
身 体 状 況				
食事	自立・一部介助・全介助	嚥下状態		
食事形態	主食：                      副食：                      トロミ：（あり・なし）	食事用具	スプーン・箸（                      ）	
経管栄養	胃ろう・鼻腔（                      ）	内容		
排泄動作	自立・一部介助・全介助	尿・便意	有り      ・      無し	
排泄状況	昼：                      夜：                      その他			
失禁	ある・時々ある・なし	排便状況	（                      日に                      回）	
寝返り	自力・つかまりで可・出来ない			
立ち上がり	自力・つかまりで可・出来ない			
歩行	自立・要見守り・一部介助・出来ない			
車椅子	自立・介助			
移乗動作	自立・要見守り・一部介助・出来ない			
入浴	自立・一部介助・全介助	種類：特浴・一般浴		
更衣	自立・一部介助・全介助			
口腔ケア	自立・一部介助・全介助	義歯：総義歯/部分義歯（上下）		
皮膚状態		麻痺	（有・無） 部位：	
視力	見える・良く見えない・見えない	聴力	聞こえる・良く聞こえない・聞こえない	
会話	出来る・出来ない（                      ）	理解力		
精神症状	徘徊・帰宅願望・離接行為・妄想・幻覚・幻聴・夜間不眠・収集癖・暴言・暴力			
	介護抵抗・拒否・放尿・放便・不潔行為・その他：			
本人の生き立ち・趣味・趣向品など				
<p>※出身地、主な職歴などをご記入ください。介護するうえで大切な情報になります。</p> <p>詳しくご記入をお願いします。</p>				

# 個人情報利用同意書

介護老人福祉施設利用契約締結に伴い、特別養護老人ホーム真寿園が私及び当該家族等の個人情報を居宅介護支援事業者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、保険者、医療機関（主治医を含む）の関係人に、並びサービス担当者会議等において、介護サービス内容の調整及び検討のために必要がある時は提示することに同意します。

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム真寿園  
施設長 北村 和彦 様

<契約者>

住 所

氏 名

印

<代理人>

住 所

氏 名

印

<家族代表者>

住 所

氏 名

印

(続 柄

)

# 個人情報利用同意書

入所申込者および家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについては、市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集に係る同意をします。

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム真寿園  
施設長様

<入所希望者>

住 所 松本市〇〇1丁目-〇〇

氏 名 松本 花子

印

<代理人>

住 所 松本市〇〇

氏 名 長野 春子

印

<家族代表者>

住 所 長野市〇〇

氏 名 松本 一郎

印

(続 柄 長男 )