

# 入 所 申 込 書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

特別養護老人ホーム東湖園施設長 殿

申込代理人（手続きにお見えになった方）

フリガナ 氏 名		続 柄	
住 所	〒（ - ）	電話番号	

貴施設を利用したいので次の通り申し込みます。

フリガナ 氏 名		男 ・ 女	明 大 昭	年	月	日生	（ 歳）			
住 所	〒（ - ）			TEL						
介護保険	被保険者番号			要介護度 1 2 3 4 5						
認定期間	年 月 日から			年 月 日						
認知症自立度	I	II	IIa	IIb	III	IIIa	IIIb	IV	M	
介護者の状況	主介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 75歳以上		<input type="checkbox"/> 65歳以上		<input type="checkbox"/> 60歳以上		<input type="checkbox"/> 60歳未満		
	主介護者の障害疾病状況	<input type="checkbox"/> 介護困難		<input type="checkbox"/> 多少介護可能		<input type="checkbox"/> 介護可能		<input type="checkbox"/> なし		
	主介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 8時間以上、高齢で就労不能		<input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満		<input type="checkbox"/> 4時間未満		<input type="checkbox"/> なし		
	主介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> 常時育児・看病が必要		<input type="checkbox"/> 半日程度育児・看病が必要		<input type="checkbox"/> 随時育児・看病が必要		<input type="checkbox"/> なし		
	他の同居者の介護補助	<input type="checkbox"/> ほとんど無し		<input type="checkbox"/> 随時あり		<input type="checkbox"/> 常時あり				
別居の血縁者による介護の可能性	<input type="checkbox"/> ほとんど無し		<input type="checkbox"/> 随時あり		<input type="checkbox"/> 常時あり					
健康保険	種別				記号・番号					
年金等	種別				生活保護		受給 無 ・ 有			
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は 施 設	名 称							
	<input type="checkbox"/> 入院中		住 所							
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院又は入所期間		年 月 日から （ 年 ヶ月）						
心	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助				
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助 [おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜]				
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 経管				
	[主食]	<input type="checkbox"/> 普通食		<input type="checkbox"/> 軟食		<input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食				
	[副食]	<input type="checkbox"/> 普通菜		<input type="checkbox"/> 一口大		<input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食				
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助					
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助					
視 力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 弱視		<input type="checkbox"/> 全盲					
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> やや難聴		<input type="checkbox"/> 難聴					
言 葉	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 少し不自由		<input type="checkbox"/> 不自由					
問 題 行 動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為		<input type="checkbox"/> 自傷行為		<input type="checkbox"/> 徘徊		<input type="checkbox"/> 不穏行動		<input type="checkbox"/> 不潔行為	
	<input type="checkbox"/> 異食行為		<input type="checkbox"/> その他（ ）							
医 療 状 況	【現在、治療中の病気・特記事項等】									

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りが無く、介護者がいない為。 <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難である為。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労している事から、十分な介護が困難である為。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難である為。 <input type="checkbox"/> 主介護者が複数の介護や育児、看病をしている為に十分な介護が困難である為 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが在宅での介護が困難である為。 <input type="checkbox"/> その他 【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たしている・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たしている・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待により、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ない。 <input type="checkbox"/> 特記事項 [ ]					
	氏 名 主介護者には <input type="checkbox"/> にチェック	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居 の別	別 居 の 場 合 住 所 電 話 番 号
家族の状況	<input type="checkbox"/>				同居・別居	
	<input type="checkbox"/>				同居・別居	
	<input type="checkbox"/>				同居・別居	
	<input type="checkbox"/>				同居・別居	
	<input type="checkbox"/>				同居・別居	
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい。					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名)					
特記事項						
担 当 ケ ア マ ネ ジ ャ ー	氏 名				連絡先	
	事業所名					
説明確認欄	私は、入所申し込みに際し、 <input type="checkbox"/> 入所順位の決定方法、 <input type="checkbox"/> 特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有することについて施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 :					

※被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付して下さい。