

入所申込書

| | | | | | | | |
|--|----------------------------|-----------|--|---------------------|-----------------------|----|----------|
| 申込年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | | |
| 本人 | フリガナ | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日(歳) | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | 郵便番号(-) | | 電話番号 | () | | |
| 家族・申込者 | フリガナ | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日(歳) | 続柄 | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | 郵便番号(-) | | 電話番号 | () | | |
| | | | | 携帯番号 | () | | |
| その他の連絡先 | 郵便番号(-) | 氏名 | | | 続柄 | | 電話番号 () |
| 居宅介護事業所 | 事業所名 | | | 電話番号 | () | | |
| | 担当ケアマネージャー | | | 備考 | | | |
| 他施設の申込状況 | 施設名1 | | | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃) | | | |
| | 施設名2 | | | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃) | | | |
| | 施設名3 | | | 申込 予定・済 (申込時期 年 月頃) | | | |
| 入所の意向 | 長楽園から入所案内があった時は 該当する番号1つに○ | | | | | | |
| 1. すぐに入所したい 2. 案内があった時に検討する 3. すぐには入所しない | | | | | | | |

【説明確認及び同意書】

・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。

・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。

・入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。

・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。

・施設が居宅介護支援事業所や他の施設、病院等へ入所希望者の状況について確認することに同意します。

・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 印 (続柄)

| | | | | |
|------|------|---------------------|--|-------|
| 施設記入 | 担当者名 | | | 受付年月日 |
| | 職種 | 施設長・相談員・ケアマネ・その他() | | |
| | 受付番号 | | | |

| | | | |
|--------------------|------------------------------|--|-------------------|
| 介護認定 | 申請(更新・変更)中・済 | 被保険者番号 | |
| 要介護度 | 1・2・3・4・5 | 認定の有効期間 | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 |
| 特例入所要件の有無 | 無・有(詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり) | | |
| 介護者の状況 | 該当する番号1つに○ (○内は該当項目にチェック) | 1. 介護する者がいない(□身よりがいない) (□介護者が長期入院・入所 □介護者が遠方に在住) | |
| | | 2. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □要介護状態 □病気療養中 □障害がある) | |
| 入所者本人の状況 | 現在の生活状況 (○内は該当項目にチェック) | 3. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が □要支援状態・高齢 □就労している □他にも介護している □育児している) | |
| | | 4. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 | |
| 現在の住居及び介護サービスの利用状況 | 該当する番号1つに○ (○内は該当項目にチェック) | 1. 施設 入所時期:平成・令和 年 月から 施設の名称: □特養 □老人保健施設 □介護療養型 □養護施設 □ケアハウス □認知症高齢者グループホーム □有料ホーム □救護・更正施設(保護施設) □障害者入所施設 □生活支援ハウス | |
| | | 2. 病院 入院時期:平成・令和 年 月から 病院名: 病院 | |
| | | 3. 在宅 □訪問介護(□週4回以上 □週2～3回 □週1回以下) □訪問入浴介護(□週1回以上) □訪問看護/訪問リハビリテーション(□週2回以上 □週1回 □週1回未満) □定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 □通所介護/通所リハビリテーション(□週2回以上 □週1回 □週1回未満) □認知症対応型通所介護 □短期入所生活介護/療養介護(最近3か月の利用日数 合計 日) □小規模多機能型居宅介護・複合型サービス | |
| 現在の生活状況 | (○内は該当項目にチェック) | 1. 身体 視力:□普通 □弱視 □全盲 聴力:□普通 □やや難聴 □難聴 言葉:□普通 □やや不自由 □不自由 移動:□自立 □杖歩行 □伝い歩き □いざる・はう □歩行器 □車いす 食事:□自立 □一部介助 □全介助 □ご飯 □おかゆ □きざみ □ミキサー □経管栄養(胃ろう) 入浴:□自立 □一部介助 □全介助 排泄:□自立 □一部介助 □全介助 □トイレ □ポータブルトイレ □紙パンツ □尿取りパット □おしめ 着脱:□自立 □一部介助 □全介助 特殊:□なし □あり(□つなぎ服 □ミトン手袋) | |
| | | 2. 健康 状態:□良好 □普通 □やや不良 □不良 □人工肛門 □バルーンカテーテル □インスリン注射(昼・夕) 治療中の病気() 既往歴() 褥瘡:□なし □あり(部位) 認知症:□なし □あり(問題行動が □なし □あり) 認知症状や問題行動がある場合の具体例 () | |
| | | 3. 環境 寝間:□ベッド □畳に布団敷き(ベッドを使用したことが □なし □あり) | |