

特別養護老人ホーム 入所申込書（様式1）

No.1

申込年月日	令和 年 月 日	申込受付施設	明嶺荘 ・ のどの荘
申込回数	初回 ・ 回目 【 初回申し込み日:平成・令和 年 月 日 】		
申込取下日	令和 年 月 日	事由発生年月日	令和 年 月 日
取下げ事由	死亡・他施設入所・その他()		

入所希望者欄

フリガナ		生年月日	M・T・S	年	月	日
氏名	様	性別	男・女	年齢	歳	
現住所	〒	電話番号	()			

入所申込者欄 《家族等》 ※施設からの連絡は下欄に記入された連絡先とさせていただきます。

フリガナ		続柄				
氏名	様	性別	男・女	年齢	歳	
現住所	〒	電話番号	()			
説明確認欄	別紙『入所申込に係る説明事項』について確認いたしました。 令和 年 月 日：申込者署名捺印					㊟

本人の状況 ※該当するものすべてを選んでください。

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・疾病・障害のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護しなければならない家族がいる。【状況:常時・半日・随時】 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他（介護で困っていることがありましたら、記入してください。） ()
	※要介護1又は2（特例入所）の方については、以下の該当するものにレ印を付けてください。 (特例入所の該当要件) <input type="checkbox"/> 認知症であり、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等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等であり、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等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 療育・障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 療養・障害者手帳なし <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待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。 ※上記に当てはまる具体的な事由を記入してください。 ()

医療の状況	※ 以下の設問のうち現在必要な医療 <u>全て</u> にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他(現在治療中の病気や既往歴等、注意すること)
	()

入所意向確認

希望入所時期	<input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望する ・ <input type="checkbox"/> 今すぐの入所を希望しない
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込なし ・ <input type="checkbox"/> 申込(予定)あり 【申込施設名: _____】
居室形態の希望	<input type="checkbox"/> 個室 ・ <input type="checkbox"/> 多床室(2人部屋) ・ <input type="checkbox"/> 多床室(4人部屋) ・ <input type="checkbox"/> 特に希望は無い

生活の場所

現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅(独居・同居) ・ <input type="checkbox"/> 施設 ・ <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> その他 ※自宅以外の場合、以下に名称等を記載してください。 名称: _____ 入所・入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
---------	---

代理申込者欄 <<介護支援専門員>> ※必ず、入所申込者欄も記入してください。

フリガナ	_____	事業所名	_____
氏名	_____ 様	電話番号	(_____)
介護支援専門員の意見	_____		
説明確認欄	別紙『入所申込に係る説明事項』について確認のうえ、入所申込者にその旨説明いたします。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 : 代理申込者署名捺印 (印)		

要介護認定情報・身体障害者手帳等

要介護度	要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
認定有効期間	H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日	保険証複写添付	有 ・ 無
被保険者番号	_____	保険者名	_____
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無し ・ <input type="checkbox"/> 有り (等級: _____ 種 _____ 級) (内容: _____)		
療育手帳	<input type="checkbox"/> 無し ・ <input type="checkbox"/> 有り (最重度 ・ 重度 ・ 中度 ・ 軽度)		
その他手帳類	<input type="checkbox"/> 無し ・ <input type="checkbox"/> 有り		

※介護保険証、各種手帳等のコピーを添付してください。

視力	<input type="checkbox"/> 普通（支障無い） ・ <input type="checkbox"/> やや悪い ・ <input type="checkbox"/> かなり悪い ・ <input type="checkbox"/> 全く見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通（支障無い） ・ <input type="checkbox"/> やや悪い ・ <input type="checkbox"/> かなり悪い ・ <input type="checkbox"/> 全く聞こえない	
言語	<input type="checkbox"/> 普通（支障無い） ・ <input type="checkbox"/> 軽度障害 ・ <input type="checkbox"/> 重度障害 ・ <input type="checkbox"/> 言語が発せられない	
日常生活動作	移動 (屋内)	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助 詳細[]
	移動 (屋外)	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助 詳細[]
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助 詳細[]
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助 詳細[]
	排泄 (排尿)	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助 詳細[]
	排泄 (排便)	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助 詳細[]
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助 詳細[]

認知症状等

認知症の症状	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 時々ある（月に数回） ・ <input type="checkbox"/> 良くある（週に数回） ・ <input type="checkbox"/> 毎日ある
	<input type="checkbox"/> 被害妄想 ・ <input type="checkbox"/> 作話 ・ <input type="checkbox"/> 幻視、幻聴 ・ <input type="checkbox"/> 感情(情動)失禁 ・ <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
	<input type="checkbox"/> 暴言、暴行 ・ <input type="checkbox"/> 大声、奇声 ・ <input type="checkbox"/> 介護拒否 ・ <input type="checkbox"/> 徘徊 ・ <input type="checkbox"/> 不穏、興奮
	<input type="checkbox"/> 収集癖 ・ <input type="checkbox"/> 火の不始末 ・ <input type="checkbox"/> 不潔行為 ・ <input type="checkbox"/> 異食 ・ <input type="checkbox"/> 自傷行為
日常生活自立度 （ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ） ※施設記入	

生活状況、家族の介護状況、入所を希望する具体的な理由等、ご自由に記載してください。

特別養護老人ホーム 個人情報同意書 (様式3)

個人情報保護指針

- 入所申込書等、入所に関して必要となる書類に記載された内容は、審査判定等の手続において活用いたします。
- 施設入所後、医療や介護サービス提供に伴い、入所前の生活状況等について把握することが必要な場合は、必要最低限の範囲で入所申込時の書類による情報を活用いたします。
- 入所申込に伴う希望者や申込者の個人情報の活用、管理につきましては、当施設の個人情報保護規定に基づき適切に取り扱いいたします。
- 個人情報開示拒否、個人情報の訂正・削除の場合は、速やかに明嶺荘もしくはのどの荘まで文書にて提出してください。

個人情報使用同意書

私は上記内容を理解し、入所申込及び判定等に伴い必要となる個人情報の活用に同意いたします。

令和 年 月 日

[入所希望者]

住所 _____

氏名 _____ (印)

[入所申込者]

住所 _____

氏名 _____ (印)

続柄 _____