

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）「万世園」入所申込書

年 月 日申し込み

| | | | |
|---------------|--------|-----|------|
| 申込者氏名 | (ふりがな) | 続柄 | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話 | 自宅 | () | 携帯電話 |
| | 勤務先 | () | 名称 |
| 入所希望者本人の同意の有無 | 有 | 無 | 不可能 |

注) 入所申込は本人及び家族そのほかとなりますが、同意の欄と同じ場合は押印は不要です。

注) 電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

貴特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------|--|--|----------------|-------|------|----|-----|
| 入 所 希 望 者 の 状 況 | 氏名 | (ふりがな) | 性別 | 男 | 女 | | | |
| | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 月 日 | | | |
| | 現住所 | 〒 | | | | | | |
| | | 電話番号 () | | | | | | |
| | 介護保険 | 被保険者番号 | | 保険者名 | | | | |
| | | 要介護度 | <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 <input type="checkbox"/> 申請中 | | | | | |
| | 担当ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | (ふりがな) 氏名 事業所所在地 | 事業所名 電話 () | | | | |
| | 健康保険 | (種別・記号番号) | | | | | | |
| | 年金等 | (種別) | 支給年額 | | | | | |
| | | (種別) | 支給年額 | | | | | |
| | 生活保護受給 | あり・なし | | 重度心身医療証受給 | あり・なし | | | |
| | 障害者手帳等 | 手帳の種類 _____ (障害名: _____) 判定 _____ 級(度) 年 月 日 | | | | | | |
| | 現況 | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他() 施設名又は病院名() 所在市町村名: () 入所又は入院の時期: 年 月頃 | | | | | | |
| | 主たる介護者 | (ふりがな) | 性別 | 本人との関係 | | | | |
| | | 男・女 | 生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日 | | | | | |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同・別 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同・別 |
| | | | | 同・別 | | | | 同・別 |
| | | | | 同・別 | | | | 同・別 |
| | | | | 同・別 | | | | 同・別 |
| | | | | 同・別 | | | | 同・別 |
| 身元引受人 | 契約代理になっていただける方 | | (氏名) | | | (続柄) | | |

| | | | | | |
|------------------|---|--------------|-------|--|--|
| 入所希望者の状況 | 主治医 | (ふりがな) 氏名 | 医療機関名 | | |
| | | 医療機関所在地 | 電話 | | |
| 医療の状況 | 病歴（現病名： ） （既往歴： ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう・食道ろう） <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA その他感染症（ ） | | | | |
| 入所希望者の日常生活状況 | <input type="checkbox"/> 認知症（重い・軽い・なし） <input type="checkbox"/> 特筆すべき行動（ ） <input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする <input type="checkbox"/> すぐ前にあったことを忘れる <input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない <input type="checkbox"/> 知人の顔がわからない <input type="checkbox"/> 今までしていた事ができなくなる <input type="checkbox"/> 判断能力が低下している <input type="checkbox"/> 食事の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 排泄の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 幻覚症状がある <input type="checkbox"/> 妄想的な言動がある <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 視力に問題がある：具体的に..... <input type="checkbox"/> 聴力に問題がある：具体的に..... | | | | |
| | 歩 行… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 食 事… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> （ ） 入 浴… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ… <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し トイレ… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | |
| 入所の希望理由 | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <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なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| | 特記事項(具体的な事情など) | | | | |
| 特例入所の要件・理由 | ※要介護1及び2の方は必ず記入して下さい <input type="checkbox"/> 認知症で、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"/> 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等が頻繁に見られる <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 | | | | |
| | 理由(具体的な状況など) | | | | |
| 説明確認および情報収集に係る同意 | 私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とする為、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。 なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げします。 年 月 日 入所希望者名 _____ 同上家族氏名 _____ | | | | |