

社会福祉法人 勅使会
特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

新規申込書・変更届

※該当する届に○をつけてください

特別養護老人ホーム 施設長 殿

申込日 令和 年 月 日

記入者氏名

入所申込者との間柄(

) 有効期限 令和 年 月 日

〒

記入者住所

電話 ()

携帯番号 ()

ふりがな 入所申込者氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日	施設記入欄 (a)
入所申込者住所	〒					
介護保険被 保険者番号			要介護認定 有効期間	平・令 年 月 日まで		
要介護度(a)	1 · 2 · 3 · 4 · 5	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
疾病等の状況	ふりがな 主治医氏名 医療機関名	診断名(病名) 投薬名				
医療等の必要性	感染症 <input type="checkbox"/> ある (感染症名) <input type="checkbox"/> ない 医療器具等の使用 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()					
問題行動の 有 無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合 にあては まるもの	<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他()				
在宅サービスの 利用状況	居宅介護支援 事業所名			介護支援 専門員氏名		
	利用して いるサー ビス	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他				
入所申込施設 申し込む施設に○を つけてください	<input type="checkbox"/> 勅使苑 (多床室) <input type="checkbox"/> 第二勅使苑(ユニット型個室) <input type="checkbox"/> くつかけホーム(ユニット型個室) ※保険者が豊明市の方のみ					

※利用料金に差異がありますので、別紙「料金表」をご確認ください。

(裏面もご記入下さい)

(b) □	<p>在宅での生活状況(b) 在宅で介護を受けている方のみお答えください。</p> <p>入院・入所の状況(b) 病院、施設等に入院・入所されている方のみお答えください。</p>	<input type="checkbox"/> 同居者がいる。 <input type="checkbox"/> 同居者がいない。 要介護の認定を受けてからの期間 <input type="checkbox"/> 引き続き1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満 入院・入所している施設の名称 () 引き続き入院・入所している期間 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満
(c) □	<p>介護者の状況(c)</p> <p>現在、病院・施設等に入院・入所している方を含め、全ての方がお答えください。</p> <p>【在宅で介護を受けている方】 主に介護をしている方についてお答えください。</p> <p>【入院又は入所されている方】 在宅に戻られた際、主に介護をする方についてお答えください。</p> <p>あてはまる項目を全てチェック</p>	主な介護者の氏名()間柄() <input type="checkbox"/> 介護者は、介護サービス事業者のみである。 <input type="checkbox"/> 介護者は、病気(注1)や障害等(注2)があるため介護できない。 <input type="checkbox"/> 介護者は、1人で2人以上の障害等(注2)がある方を介護している。 (氏名) 介護の状態 () <input type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、65歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、中学校入学前の子どもを育児中である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、就労(週20時間以上)している。 <small>(注1)「病気」とは、長期の入院中であるか、進行性・慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており、介護ができない状態をいう。</small> <small>(注2)「障害等」とは、要支援1以上、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾病等の医療証の交付を受けている場合をいう。</small> <small>(介護保険証、手帳、医療証のコピーを添付してください。)</small>
(d) □	<p>お住まいの状況(d)</p> <p>現在、病院・施設等に入院・入所している方を含め、全ての方がお答えください。</p> <p>あてはまる項目を全てチェック</p>	<input type="checkbox"/> 住居や施設から立ち退きを迫られている。 (退院・退所、立ち退き予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 住居はあるが住める状態ではない。 <input type="checkbox"/> 入院・入所中であるが、戻る家がない。 <input type="checkbox"/> 部屋又は家が2階以上(1階が店舗・マンション等のため)にあるが、エレベーター等の昇降手段がない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、家主の承諾が得られない、又は、敷地が狭小等の理由で改修できない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、経済的理由で改修できない。
合計 □	自由記入欄	

・この申込書の有効期限は申込日から2年後の同一月の月末までとします。引き続き入所を希望される方は、有効期限が到来する前に、入所申込書を再提出してください。
 ・要介護度や住所、介護者や住まいの状況など、今回記入した内容と状況が変わった場合は、入所申込書を再提出してください。
 ・他の施設への入所やお亡くなりになった場合など、申し込みを取消される場合は、施設へご連絡ください。

私は、この入所申込書兼調査書に記入された個人情報を入所を申し込んだ施設に提供することに同意します。また、同様に市町村などの行政機関や高齢者総合相談センター(地域包括支援センター)に提供することに同意します。また、市町村介護保険課が要介護認定の結果等の情報を施設に提供することに同意します。

令和 年 月 日

本人署名

(署名できない時は、本人の同意を得て、代筆者が本人署名欄を記入の上、代筆者欄も必ずご記入ください)

代筆者氏名

※この申込書兼調査書の記載内容に誤りがあった場合は、申込書を再提出していただくことがあります。