

# 特別養護老人ホーム入所申込書

社会福祉法人 廣山会  
 特別養護老人ホーム プルミエールひたち野  
 施設長 殿

申 込 日	令 和	年	月	日
受 付 日	令 和	年	月	日

申込代理人(手続きにお見えになった方)

フリガナ		続柄	
氏 名			
住 所	〒		
	【電話番号】		【携帯番号】

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ		男	明	年	月	日生 ( 歳)
氏 名		女	大昭			
住 所	〒					
	【電話番号】		【携帯番号】			
介護保険	【被保険者番号】		【要介護度】 1 2 3 4 5			
認定期間	令和 年 月 日		から 令和 年 月 日			
医療保険	種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証				
記号番号						

現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	【病院】	名 称		
	<input type="checkbox"/> 入院中	【施設】	住 所		
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院又は入所期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
心 身 状 態	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助    (車椅子・歩行器・杖)を使用			
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【オムツ使用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜 (紙パンツ・紙パッド・紙オムツ)を使用			
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		[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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他( )				
医 療 の 状 況	【現在治療中の病気・特記事項等】				

利用を希望する理由  ※該当するものをすべて選んで下さい	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <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であるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため <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ため <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下さい】 <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している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等により深刻な虐待により、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( )

家族の状況	ふりがな	主介護者	続柄	年齢	職業	同居別居	別居の場合	
	氏名						住所	電話番号
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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"/> 当該施設にのみ申込している <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みしている  【他の施設名】
------	--

特記事項	
------	--

担当介護支援専門員	氏名	連絡先
	事業所名	

説明確認欄	私は、利用申し込みの際し、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。 <input type="checkbox"/> 利用順位の決定方法 <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。  令和 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ください。