

# 入所申込書

介護老人福祉施設  
 特別養護老人ホーム  
 豊 寿 園 様

申込者 〒 -  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印) (入所希望者との関係)  
 電 話 \_\_\_\_\_  
 携帯電話 \_\_\_\_\_

入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな											
	氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日					
	住 所	〒 -										
		電話 -										
	介 護 保 険	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5									
		被保険者番号										保険者(市町村)
		認定期間	年 月 日 ~					年 月 日				
	健 康 保 険	種 別					障 害 者 手 帳	種 類				
		記 号 番 号						判 定				
	収 入 状 況	年 金 等	(種別)				(支給年額)				万円	
			(種別)				(支給年額)				万円	
			生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
	現 況 ( 在 宅 )	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している										
		在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり(内容 ) <input type="checkbox"/> なし										
		<input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している										
現 況 (施設・病院)	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している (施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい)											
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム											
	<input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他( )											
	施設又は病院名					入所又は入院時期 平成 年 月 頃						
医 療 の 状 況	現病名( )											
	病 歴( )											
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <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"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理											
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )											
入 所 希 望 者 の 日 常 生 活 状 況	<input type="checkbox"/> 認知症がある →特記すべき症状 ( )											
	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある											
	移動...	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( )						
	食事...	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				形態: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 内容: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 治療食						
	排泄...	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )						
入浴...	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助											



## 別紙

### \* 特例入所の対象者について

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当する必要があります。ご自身の判断で該当と思われる項目に印を付けてください。

- 認知症である者であって、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
- 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
- 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
- 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

### 特例入所の該当項目に関する特記事項