

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

記入みほん

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム 山岸和敬荘 施設長 様

年に一度 お申込みの状況に変わりがないか追跡調査を行いますので、その際の送付先となるご家族、また、電話にてご連絡させて頂く事もありますので、主に入所申込みに関しての窓口になる方のお名前をお願いします。

申込者
ご本人
ご家族
代理人

住所	〒020-0003 盛岡市下米内〇-〇-〇	
ふりがな	やまざし いちろう	本人との続柄
氏名	山岸 一郎	長男
電話番号	662-〇〇〇〇 (携帯:090-〇〇△-××■)	

入所される方のお名前をお願いします。

ご希望の送付先を記入下さい。

介護保険証をご確認の上、ご記入下さい。認定更新、区分変更中の際は現在の介護度でお願いします。

主に介護している方、多く関わっているご家族の方の状況を記入下さい。親、配偶者、兄弟(弟妹)、子、介護をしている姪甥孫などになります。

定期的に通院加療が必要な持病など

デイサービスやヘルパーなど利用されているサービスにチェックをしてください。

現在、病院へ入院中の方、老人保健施設などの施設に入所中の方、有料老人ホーム、グループホームに入居されている方は記入下さい。

手術や大きな骨折など、これまでの病歴を記入してください。

担当のケアマネージャーさんがいる場合は記入下さい。

他の施設へ申し込まれている際は記入して下さい。

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方はお知らせ下さい。

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな	やまざし たろう		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	75 歳
ご本人の氏名	山岸 太郎		生年月日	年 月 日 15 日		
本人の現住所	同上		電話番号	(同上)		
郵便等の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外		住所	〒 申込者と同じ ※申込者以外を希望される際には送付先を記入		
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)	0 0 0 0 △ △ 〇 1 5 0	保険者(山町村)	盛岡市		
	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 checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	認定期間	令和27年4月1日 ~ 令和29年3月31日				
主たる介護者の状況	ふりがな	やまざし はなこ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄
	氏名	山岸 花子		生年月日	20年1月1日	年齢
	居住状況	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所)				
指定居宅介護サービス	疾病	<input checked="" type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度) リウマチ、変形膝関節症 月1回定期通院 <input type="checkbox"/> なし				
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 働いていない(介護に専念 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他()				
	複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:) <input checked="" type="checkbox"/> なし				
住居環境	指定居宅サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input checked="" type="checkbox"/> 5~7日				
	住居形態	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建住宅(平屋 <input checked="" type="checkbox"/> 2階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
	介護環境	特記事項(トイレや浴室、段差等) 玄関に段差、トイレ狭く車椅子不可、風呂まだげない				
退院・退所後の在宅生活	病院名	施設名		電話番号		
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所)したい(病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)				
	在宅生活困難理由					
医療的処置の状況	現病名や既往歴	脳梗塞後遺症(左麻痺) 高血圧 認知症 白内障 腰椎圧迫骨折 前立腺肥大				
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()				
参考事項	介護支援事業所名	〇〇〇△ 支援センター		担当ケアマネジャー	佐藤 〇〇	
	他の施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみへ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み ※既に申し込んでいる施設名:				
	入所時期の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 日頃入所したい				
健康保険種別	後期高齢	年金種別	厚生・遺族	障害手帳	有・無	生活保護受給

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

負担限度額 非該当 該当

居室希望 個室 多床室 どちらでも可

介護保険証を発行した市町村名になります。

※ こちらは、記入不要です。

入所される方以外にも、要介護状態の方の介護をされている、または未就学児等の育児をしている場合。

ご自宅、生活している住居について、介護しづらい状況を記入下さい。例)玄関の段差、廊下が車椅子で通れない等

ご自宅で介護できない状況について記入してください。例)車椅子になり、自宅では介護できない。例)介護負担が大きくなり、自宅で介護することが出来ない。

お持ちの方は〇をつけて下さい。

生活保護を受給されている方は〇をつけて下さい。

ご希望の居室についてお答え下さい。

1. 本人の状況

自宅以外に長期的に滞在している場合は、施設の種類や施設名について記入して下さい。

現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設(特養・老健・養護・軽費・ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム		
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホームなど <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)		
サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(週5 回)	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(週 回)
	<input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回)	<input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所(月8 日)
食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(一部・全部)	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
	<input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩き
	<input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃・鼻)		<input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input checked="" type="checkbox"/> おむつ	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助(一部・全部)
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 障害がある()	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 障害がある()
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 障害がある(右が聞こえづらい)	意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 障害がある()

2. 認知症状等

現在の症状について該当するものにチェックをしてください。

認知症の具体的な症状	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症(重い・軽い・なし)		認知症の有無、程度についてお答え下さい。
	<input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする	<input checked="" type="checkbox"/> すぐ前にあった事を忘れる	<input checked="" 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"/> 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"/> 今までしていた事ができなくなる
	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 依存傾向にある	<input type="checkbox"/> 判断能力が低下している
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある	<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"/> 異食・過食がある	<input type="checkbox"/> 徘徊がある
	<input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する	<input type="checkbox"/> 介護されることに抵抗する	<input type="checkbox"/> 攻撃的な行動・言動がある
	<input type="checkbox"/> 怒りっぽい	<input type="checkbox"/> 弄便・おむつを外す	<input type="checkbox"/> その他()

男性は□、女性は○で表記してください。

お亡くなりになられている方については、男性は■、女性は●で表記してください。

利用希望者(本人)の男性□ は、女性は◎で表記してください。

3. 介護者の状況

主介護者以外のご家族について記入して下さい。

□養育について
未就学児の育児をしている場合、または障がいのある方の養育、要介護認定を受けている家族を介護している場合など

□健康状態について
本人のご病気や障がい、または要介護認定を受けている場合など

氏名 山岸 けいこ (男・女)	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:)	家族構成図 □...本人
続柄(長男の妻) 50 (才)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 山岸 次郎 (男・女)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: 東京都)	
続柄(次男) 48 (才)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 ○○ ○○ (男・女)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: 宮城県)	
続柄(孫) 25 (才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 山岸 ○○ (男・女)	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(市町村名: 北海道) 大学生	※同居している場合は ○ で囲む
続柄(孫) 21 (才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	
氏名 (男・女)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:)	
続柄() (才)	<input type="checkbox"/> 就労(常勤・パート) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 健康状態()	

○同一法人内で特別養護老人ホームを3ヶ所運営しております。(山岸和敬荘、浅岸和敬荘、青山和敬荘)

山岸和敬荘だけではなく浅岸和敬荘や青山和敬荘にも同時に申込を希望される場合には、この欄へ“3施設申込希望”とご記入ください。

浅岸和敬荘、青山和敬荘の各担当者へこの申込書の写しを提出させていただきますので、それぞれの施設で別々に手続きを行う必要はございません。

○2施設申込希望の場合には“山岸・浅岸2施設申込希望”または“山岸・青山2施設申込希望”とご記入ください。

4. 特記事項(困っていること、伝えたいこと等)

※ 記入頂いた項目以外の事でも、同じ事でも構わないので、お困りのことなどご自由に記入して下さい。
