

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 岩手和敬荘 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	〒020-0801 盛岡市浅岸三丁目23-50	
ふりがな	あさぎ いたろう	本人との続柄
氏名	浅岸 一郎	長男
電話番号	651-6111 (携帯:090-〇〇△-××■)	

ケアマネジャー、病院、入所施設等へ、当方から直接問い合わせをして良い場合は可、そうでない場合は否へ〇をつけて下さい。

入所される方のお名前をお願いします。

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。(関係機関への問い合わせ 可・否)

ご希望の送付先を記入下さい。

ふりがな	あさぎ たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	86 歳
ご本人の氏名	浅岸 太郎	生年月日	大正 15年 1月 15日		
本人の現住所	同上	電話番号	(同上)		

介護保険証を発行した市町村名になります。

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。

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(市町村)	盛岡市	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <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 8年 5月 1日 ~ 令和 12年 4月 30日			

※ こちらは、記入不要です。

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。

主たる介護者の状況	ふりがな	あさぎ はなこ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄	妻
	氏名	浅岸 花子	生年月日	昭和 20年 1月 1日	年齢	81 歳
	居住状況	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所)				
	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				
定期的に通院加療が必要な持病など	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				

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。

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。

指定居宅介護サービス	<input checked="" 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 checked="" 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"/> 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

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

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。

住居環境	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、風呂またげない
------	------	------------------	--------------------------

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。

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。

特筆すべき事項(特に入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来す	<input type="checkbox"/> 知的障害が	<input type="checkbox"/> 精神障害が	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる	<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない
	<input type="checkbox"/> 上記がⅢA	※ こちらは、記入不要です。			

担当のケアマネジャーさんがいる場合は記入下さい。

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 checked="" 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( )	

お持ちの方は〇をつけて下さい。

他の施設へ申し込まれている際は記入して下さい。

参考事項	居宅介護支援事業所名	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 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		

生活保護を受給されている方は〇をつけて下さい。

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。

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

ご希望の居室についてお答え下さい。

