

# 記載例

特別養護老人ホーム 清幌園

地域密着型特別養護老人ホーム清幌園里塚緑ヶ丘

入所申込書

(様式1)

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	H ●●年 ●月 ●日
受付日	H 年 月 日

申し込みを希望される、施設へチェックください。両方にチェックいただければ、2ヶ所同時の申し込みが可能です。

〒	●●●-●●●●		
住所	札幌市清田区里塚緑ヶ丘7丁目14-1		
氏名	清幌 一郎	続柄	長男
電話	●●●-●●●●	携帯	●●●-●●●●-●●●●

特別養護老人ホームに入居したいので次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入居希望施設)	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 清幌園 <input checked="" type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム 清幌園里塚緑ヶ丘	保険者	札幌市〇〇区
(フリガナ)	セイコウ タロウ	性別	
氏名	清幌 太郎	男	
生年月日	明治・大正・昭和 ●●年 ●月 ●日 (●●歳)	被保険者番号	●●●●●●●●●●
現住所	〒 ●●●-●●●● 札幌市清田区北野7条4丁目8-25		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: ●●病院 ◇所在地(市町村名のみ) 札幌市 ◇入所又は入院時期: 平成 ●●年 ●●月 ●●日 から入所・入院している		
介護者等の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居	
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input checked="" type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者なし	
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)	
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input checked="" type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)	
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)	
要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)		
入居希望者の状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input checked="" type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> オ. 自宅等	
	在宅サービス利用率	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上	
	在宅サービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. かなりサービスを抑制している	
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階	
	住居	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題ある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない	
入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃までに入居したい		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】 高血圧、大腿部頸部骨折、前立腺肥大、アルツハイマー型認知症		
特例入所の要件に該当するやむを得ない事由	該当する特例入所の要件 (   ①     ②     ③     ④ ) ※該当すると思われる要件に✓チェックください。なお、各要件については下記《特例入所の要件》に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。) ※要介護1、2の方は記載してください。要介護1、2の方で特別な理由で申し込みを希望される方は、『特例入所の要件』に照らし合わせて①~④の該当箇所を✓いただく他、その具体的な理由を記入下さい。		
	( 記入者 )	続柄	( )

ご入院中や施設に入所中の方は、『もし退院・退所した場合』の状況で記入下さい。

※《特例入所の要件》(要介護1、2の方について)

- ①認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- ②知的障がい、精神障がい等に伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動が意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- ③家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- ④単身世帯である、同居家族は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、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

◆裏面へ続きます◆

その他	・出生・学歴・職歴・結婚歴・子供・その他 ●●年、●●市で生まれ、●●高等学校を卒業後、●●の仕事を定年まで勤め、●●年に結婚。1男2女をもうける。●●年に現在の住所に移る。				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 ( 特別養護老人ホーム●●● ) ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 ( 特別養護老人ホーム●●●● )				
主たる介護者	(フリガナ)	セイコウ ハナコ	性別	本人との関係	妻
	氏名	清幌 花子	女	生年月日	大正・昭和・平成 ●年●月●日
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している    (住所: ※同居の場合は記載不要です。			
意見	【介護をしている上で困っていること等】 ●●年に自宅で転び、足を骨折して●●病院に入院しましたが、入院中に認知症が進行してしまい、常に介助が必要な状態になりました。退院しても家族が排泄や食事の介助が出来ません。				
紹介事業所(又は支援センター名)	居宅介護支援事業所●●●●		電話番号	担当	
担当していただいているケアマネの事業所名や病院名を記入ください			担当のケアマネや病院のソーシャルワーカーの方を記入下さい		

特別養護老人ホーム 清幌園 (様式2)  
 地域密着型特別養護老人ホーム清幌園里塚緑ヶ丘 入所申込書 2

家族	氏名	続柄	生年月日	年齢	住所	電話番号
同居	清幌 花子	妻	昭和●●年●月●日	●●	札幌市清田区北野7条4丁目8-25	●●●●-●●●●
別居	清幌 次郎	長男	昭和●●年●月●日	●●	札幌市清田区里塚7丁目14-1	●●●●-●●●●
	里塚 園子	長女	昭和●●年●月●日	●●	●●市●●区●●●●●●	●●●●-●●●●
病院	病院名		診療科		担当医師	
	高血圧・前立腺肥大症		●●病院		●●医師	
アルツハイマー型認知症		●●脳外科		●●医師		
既往・現病	発症年月日	病名	医療機関		治療・入院期間	
	平成●●年●月	胃がん	●●病院		●年●月～●年●月まで	
	平成●●年●月	高血圧	●●病院		●年●月～	
	平成●●年●月	前立腺肥大症	●●病院		●年●月～	
	平成●●年●月	アルツハイマー型認知症	●●脳外科		●年●月～	
備考						