

申 込 日	年 月 日	※受 付 日 施設記入箇所	年 月 日
-------	-------	------------------	-------

「地域密着型介護老人福祉施設リーベにいむら」入所申込書

施 設 長 宛 <申込者>

住 所	〒 -		
(フリガナ) 氏 名		電 話 番 号 (連絡先)	

リーベにいむらに入所したいので、次のとおり申し込みます。【松本市に住所を有する方】

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)					性 別	男 ・ 女				
	氏 名					住民登録	松本市				
	現 住 所	〒				電話					
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)									
	健 康 保 険	種 別			記号・番号						
	年 金 等	種 別									
	障害手帳等	☐ 有 ☐ 無 手帳の種類(障害名) (判 定 級(度) 年 月 日)									
	介 護 保 険	被保険者番号									
	要介護認定	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日					認知症高齢者日常生活自立度 Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ M				
		【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことに伴ってやむを得ない事由があると認められることが必要です。 ☐ 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。 (事情がある場合には、そうした事情がわかるように次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。)									
現在利用している施設サービス等	☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している ☐ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している ☐ 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院)している場合) <table><tr><td>施設名又は病院名 (所 在 地)</td><td>名称 住所</td></tr><tr><td>入所又は入院期間</td><td>年 月 日 ~</td></tr></table>							施設名又は病院名 (所 在 地)	名称 住所	入所又は入院期間	年 月 日 ~
施設名又は病院名 (所 在 地)	名称 住所										
入所又は入院期間	年 月 日 ~										

* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入 所 希 望 者 の 状 況	医療的処置	☐ 留置カテーテル ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 経管栄養 (鼻腔・胃ろう) ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 疼痛看護 ☐ 痰吸引 ☐ その他 () (現在治療中の病気)																																																																
	* 該当するものをすべて選んでください。	<table><tr><td>病名</td><td>入院・通院病院</td><td colspan="5">期 間</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="5">年 月～</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="5">年 月～</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="5">年 月～</td></tr><tr><td>現在の内服薬</td><td colspan="6"></td></tr></table> (既往症) <table><tr><td>病名</td><td>入院・通院病院</td><td colspan="4">期 間</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="4">年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="4">年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="4">年 月～ 年 月</td></tr></table>							病名	入院・通院病院	期 間							年 月～							年 月～							年 月～					現在の内服薬							病名	入院・通院病院	期 間						年 月～ 年 月						年 月～ 年 月						年 月～ 年 月		
病名	入院・通院病院	期 間																																																																
		年 月～																																																																
		年 月～																																																																
		年 月～																																																																
現在の内服薬																																																																		
病名	入院・通院病院	期 間																																																																
		年 月～ 年 月																																																																
		年 月～ 年 月																																																																
		年 月～ 年 月																																																																
入 所 希 望 者 の 意 向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)		☐ 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している ☐ 入所希望者は在宅での生活を希望している ☐ 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない ☐ その他()																																																																

家 族 や 住 居 等 の 状 況	入所を希望する理由	☐ 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない ☐ 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない ☐ 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きい						
	* 該当するものをすべて選んでください。	☐ 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 ☐ 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 ☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 ☐ 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 ☐ その他 (具体的に記載してください。) []						
主 な 介 護 者 家 族 等 状 況	(フリガナ)		性 別	生年月日				
	氏 名		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日	
		(歳)						
	同居の区分	☐ 同居 ☐ 別居	住所 〒	電話				
	入所希望者との関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他()						
	他の介護者	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ いない						
	現在の家族構成 (図示)	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢	
<介護するうえで困っていることなど>								

