

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

「特別養護老人ホームリーベおおにわ」入所申込書

施設長様 <申込者>

住所	〒		
(フリガナ) 氏名		電話番号 (連絡先)	

特別養護老人ホームに入所したいので、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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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					
	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>施設名又は病院名 (所在地)</td> <td>名称</td> </tr> <tr> <td></td> <td>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
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。

	<p>現在利用している居宅サービス</p> <p>*1 該当するものをすべて選んでください。</p> <p>*2 [] 内に事業者名を記入してください。</p>	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 () <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> 地域支援事業 (<input type="checkbox"/> 訪問介護相当・訪問型サービスA <input type="checkbox"/> 通所介護相当・通所型サービスA) <input type="checkbox"/> その他
	<p>※在宅サービス利用率 % (①/②)</p> <p>①直近3ヶ月の介護保険利用実績 単位 ②支給限度額 単位</p>	
入所希望者の状況	食 事 取 扱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立(歩 行) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	<p>補足すべき身体の状況について、具体的に記載してください。</p>	
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする <p>自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

入所希望者の状況	医療的処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 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 border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 30%;">入院・通院病院</th> <th colspan="2" style="width: 40%;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月～</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月～</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月～</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>現在の内服薬</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> (既往症) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 30%;">入院・通院病院</th> <th colspan="2" style="width: 40%;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月～</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月～</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月～</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> </tr> </tbody> </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
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)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ()																																																						
家族や住居等の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)	氏名	性別	性 別	生年月日	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢																																												
				男・女	明・大・昭	年 月 日																																																		
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		住所 〒	電話																																																		
		入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()																																																					
		他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない																																																					
		現在の家族構成 (図示)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">氏名</th> <th style="width: 10%;">続柄</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> <th style="width: 30%;">氏名</th> <th style="width: 10%;">続柄</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>										氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢																																						
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>																																																						

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる <input type="checkbox"/> 申し込んで6か月未満 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上 (他の施設名)

担当 ケアマネジャー	氏名		連絡先	電話
	事業所名			

備考	<p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
----	--

添付資料 ① 直近3ヶ月分の「サービス提供表」 ② 居宅サービス計画書
--

おねがい	<p>強調文字のところは必ずご記入ください。 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>
------	---

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。
	入所希望者氏名 印 申込者氏名 印

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日 氏名 _____ (_____)</p>
-------	---