

指定介護老人福祉施設入所申込書
(小規模生活単位型特別養護老人ホーム)

総合点数

施設名

特別養護老人ホーム 喜多乃郷 施設長 様

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日
受付者			

入所希望者	ふりがな		性	男	生年月日			
	氏名		別	女	明・大・昭	年	月	日
	住所	〒 ー			(TEL) (携帯)			
被保険者番号					要介護度	3	4	5 (1 2)
保険者番号					保険者名			
初回要介護認定年月日	年 月 日				認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認定審査会の意見等								

※上記（初回要介護認定年月日以外）は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 ー			(TEL) (携帯)
	ふりがな		入所希望者との続柄		
連絡先	住所	〒 ー			(TEL) (携帯)
	ふりがな		入所希望者との続柄		

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名 () ()	
	申し込み予定施設名 () ()	
	() ()	

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取り扱いについて、施設から説明を受けました。 また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。 本人との続柄 年 月 日 氏名 ()
-------	--

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印のうえその状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (年 月から)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入所を希望する理由 (該当するものをいくつかも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	(現在治療中の病気等)				
	(その他健康状態に関する特記事項)				
認知症等による行動・心理症状 (行動・心理症状の起きる頻度にも✓印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 該当なし <hr/> <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度 <hr/> <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()				
介護に関する状況	飲水食事摂取 排尿 排便 入浴 歩行 衣服着脱 視力 聴力 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> やや聞えにくい <input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 全く聞えない <input type="checkbox"/> 全く伝えられない

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況			
配偶者	子	孫	
本人			
兄弟姉妹	甥姪		