

～お申込み上のご留意点～

- *入所対象者は原則要介護3以上です。要介護1、2の方は別紙「特例入所理由書」の要件に該当する方に限り、入所対象者となります。別紙「特例入所理由書」を添えて施設へお申込みください。
- *こちらの申込書は、必ず控えをとってお手元で保管してください。
- *本申込書記載内容の状態やご連絡先など変化があった場合は、入所優先順位が変わることがありますので、必ず申込施設の生活相談員までご連絡をお願い致します。
- *本申込書は、施設が申込受付した日の翌月1日から2年間有効です。この期間を経過し、連絡がない場合は取り下げたものとみなしますのでご注意ください。

特別養護老人ホーム 入所申込書

(町田市統一書式)

| | |
|------|-------|
| 受付日 | 年 月 日 |
| 受付番号 | |

申込者・本人以外の連絡先(家族または成年後見人)

| | | | |
|-------|-------|----|--|
| 住所 | 〒 - - | | |
| 申込者氏名 | | 続柄 | |
| 電話 | - | - | |
| 携帯 | - | - | |

下記の特別養護老人ホームに入所を希望します。

| | | | |
|------------|--|---|---|
| 入所申込施設名 | | | |
| 入所希望者本人の状況 | フリガナ | | 性別 |
| | 本人氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | |
| | 現住所 | 〒 - - | 市・区・町・村 |
| | 電話 | - - | 要介護度 |
| | 携帯 | - - | 要介護 1・2 →特例入所理由書を添付 |
| | | | 要介護 3・4・5 |
| | | | 認定有効期間 |
| | | | 令和 年 月 日 から |
| | | | 令和 年 月 日 まで |
| | <input type="checkbox"/> 自宅にて一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設・病院に入所・入院中 | 施設名・病院名 | |
| | 担当相談員氏名 | 電話 | - - |
| | 入所または入院時期 | 年 月 日から | 退所予定または退院予定時期 |
| | 「入院」の場合は、入院となった理由をご記入ください | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」・「障がい」・「疾病」等により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の就労により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が2人以上の要介護者、障がいの者の介護または未就学児の育児をしているため十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを利用しているため経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 老人保健施設や病院に入所・入院しているが、入所費用・入院費等の負担が大きい <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 入所希望の時期 | <input type="checkbox"/> ①至急 <input type="checkbox"/> ②半年以内 <input type="checkbox"/> ③半年から1年以内 <input type="checkbox"/> ④1年から2年以内(いずれ入所したい) | 申請状況 |
| | 本人の入所意向 | <input type="checkbox"/> 入所を希望 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知機能低下により理解が困難 | <input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設も申請中 施設名 |
| 主介護者 | フリガナ | | 性別 |
| | 氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | 担当している ケアマネジャー・ 相談員の連絡先 |
| | 同居有無 | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している | |
| | 事業所名 | | |
| | 電話 | - | - |
| | 担当者氏名 | | |

※日頃の介護の様子をよく御存じの方がご記入ください(ご家族以外の方でも結構です)。

| | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------|--|--|-------------------------------|--|
| 記入者氏名 | | 本人との関係 | | <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 日常生活の状況 | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 弱視 | <input type="checkbox"/> 見えない | (眼鏡使用 あり・なし) | |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや難聴 | <input type="checkbox"/> 難聴 | (補聴器使用 あり・なし) | |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | (車いす・歩行器・杖)を使用 | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | (紙パンツ・紙パッド・紙おむつ)を使用 | |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる | <input type="checkbox"/> 日常的に困難 | <input type="checkbox"/> できない | |
| | 麻痺 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | (左上肢・右上肢・左下肢・右下肢) | | |
| | 拘縮 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | (肩関節・股関節・膝関節・手指・足指) | | |
| 認知症・行動障がい の状況 | 物を盗られたと被害的になることが | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | |
| | 作話をして周囲に言いふらすことが | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | |
| | 実際にはないものが見えたり聞こえることが | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | |
| | 怒って感情が不安定になることが | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | |
| | 夜間不眠あるいは昼夜逆転症状が | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | |
| | 暴言・暴行・大声を上げることが | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | |
| | 助言や介護に抵抗することが | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | |
| | 目的なく歩き回る・家に帰ると落ち着かなくなる・一人で外に出たがる | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | |
| | 食べられないものを口に入れることが | | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | |
| | 追加・補足事項の記載欄 | | | | | |
| 医療の状況 | 既往歴・現在治療中の疾患 | | | | | |
| | 現在処方されている薬(コピー添付でも可) | | | | | |
| | 必要な医療的なケア | | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡治療 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 在宅サービスは利用していますか? <input type="checkbox"/> はい (「はい」の方は下記の欄にサービス名と利用頻度記載してください) <input type="checkbox"/> いいえ (*サービス利用票のコピー添付でも可) | | | | | | |
| 介護状況等、本人に対して配慮が必要なことを具体的に記載してください | | | | | | |
| | | | | | | |
| 記載者 | 関係 | 続柄・職種 | 氏名 | | | |
| 担当ケアマネジャーもしくは相談員(病院・施設)より特養入所についてのご意見を記載してください(緊急性・虐待等) | | | | | | |
| | | | | | | |
| 記載者 | 所属機関名 | 職種 | 氏名 | | | |