（様式１）

特別養護老人ホーム　入所申込書

甲寿園の申込
希望します・希望しません どちらかに○をしてください

申込日：令和　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム　にしのみや苑
施設長　　様

※受付日 令和　年　月　日	※受付者
※受付番号	※受付方法　来所・郵送

※ 施設記入欄

入所申込者

ふりがな		性別	保険者	市・町
氏名		男・女	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　年　月　日		要介護度	1・2・3・4・5
認定有効期間	令和　年　月　日 ～　年　月　日		電話番号	（　）
現住所	〒　－			

〔必要添付書類〕
①介護支援専門員等意見書（様式２）　②認定調査票（基本調査）（写）
③直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。）

氏名		入所申込者との続柄	
住所	〒　－ 電話番号　（　）		

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時　期	早急 ・ 令和　年　月以降　　申込予定： 貴施設のみ ・ 他にも申込む　ヶ所（予定）
現　況	□ 1 自宅で一人で暮らしている。 □ 2 自宅で家族と暮らしている。 □ 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「□3 老健等施設や病院に入っている。」に“✔”を入れた場合は下記についても記入してください。 ◇ 施設名又は病院名： ◇ 入所又は入院時期 ： 年 月 日から入所・入院している。
入所希望理由（**要介護3～5の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。）	□ 1 施設入所により安心した生活を送りたい □ 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 □ 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 □ 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 □ 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない □ 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 □ 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） □ 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい □ 9 住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） □10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） □11 その他の理由（具体的にお書き下さい） （　）
特例入所該当理由（**要介護１又は要介護２の方は、右記の**該当項目を全て選んでください。）	□ 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 □ 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない □ 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない

主たる介護者						
	ふりがな		性別	本人との関係	生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　名		男・女		電話番号	（　）
	同居の区分	□ 同居している　□ 別居している　（住所：　）				
	就労状況等	□就業中　□育児　□高齢　□疾病　□その他（　）				
	意見	【介護をしている上で困っている事等】				

同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町（以下、保険者市町という。）から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 令和　年　月　日　　氏名　　印

調 査 票

現 況	独居・高齢者所帯・家族同居 入院中（病院名　　）・入所中（施設名　　） ・継続中の入院又は入所の開始日：　年　月　日 ・申込日時の入所等の期間（　　年　　月）

生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー	介 助	自立・一部介助・全介助
	食 事	主）普通・かゆ・ミキサー　（箸・スプーン） 副）普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー	介 助	自立・一部介助・全介助
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ	介 助	自立・一部介助・全介助
	入 浴	介助浴・座浴・特浴	介 助	自立・一部介助・全介助
	送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー	要 ・ 不要	

身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない	身 長	cm	体 重	kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他　）		
	発 語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無 ・ 有（　）		
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無 ・ 有（徘徊・不潔行為・他　）		

健康状況	現 疾 患		病 歴	
	主 治 医		TEL	
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他（　）		
	感 染 症	無・有（　）	アレルギー	無 ・有（　）
	皮膚刺激	普通・弱い	麻 痺	無 ・有（　）
	便秘	無・有（服薬：無・有）	拘縮（こうしゅく）	無 ・有（　）
	睡 眠	良・不良（服薬：無・有）	褥瘡（じょくそう）	無 ・有（　）
	嚥下（えんげ）	異常なし・むせる・つめる	湿 疹	無 ・有（　）
	入れ歯	無・有 （上・下）	口腔保清	要・不要（　）

介護の状況	主たる介護者氏名	年齢　　才	性別　男・女	続柄
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他（　）		
	介護期間	年　　月頃から	その他の介護者　無・有（　　名）	
	窓口相談			

住環境	区分	持ち家・借家・高層住宅　　階（エレベーター　有 ・ 無）
	住宅改修	可・不可・改修済（ ）
	立地等	在宅サービス利用に問題点　無　有（送迎・訪問・その他

【介護上の悩み・困っている事】※別の用紙にお書きいただいても結構です。