## 特別養護老人ホーム かたくら明和園 入所申込書 (見本・参考例)

記入日: 年 月 日

## 1 入所申込者の状況

				r) 000 0000		性別	」 要介	 ·護度	要介護認定期間		
本人氏名		00 00			男・女	要介護△		令和 〇年 〇〇月 〇〇日から   令和 〇年 〇〇月 〇〇日まで			
生年月日		明治·大正 昭和 △年 △月 △日( △			Δ <b>日 (</b> ΔΔ)	被保険者番号 🛆 保険者		号 △	富士 市(区)・町・		
現住所		〒000 - 0000 静岡県富十市〇〇町C			OO番	D番地のO TEL ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔ					
入列	「希望	時期	1.9	ぐにで	も入所したい	2.	6か月以内	には入所	「したい 3.将来的には入所したい		
施設	施設・病院名		完名	000	〇病院		時期				
病院( 入っ <sup>7</sup> いる7	ー 相 て   ※ ち   目	類 該当する にOをこ ください	つけ	病院 ・ 養護老人ホーム ・ 軽費老人ホーム ・ 住宅型有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅 ・ 特別養護老人ホーム ・ 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 ・ グループホーム ・ の他(							
居宅サー ビス利用 している 方		担当ケアマネジャ 居宅サービスの 用状況		※利用サービス、頻度を記載してください							
認知症の状況 有・無 認知症日常生活自立度 白立 I II a II b III a III a III b III a III b III a III a III b III a III a II						は、未記入で良い らかご記入ください。					
手帳交付を受けている→ 知的障害、精神障 害等の状況				5→ (	身体障害者手帳 ( ○ 級)   擦育手帳 ( A · B )   精神保健福祉手帳 ( 級)						
		食事		自分で食べる ・ 少し手伝っている ・ 全て手伝っている ・ 経管栄養(胃ろう)							
	排泄			自分でトイレに行く ・ 手伝えばトイレで出来る ・ オムツをしている							
身		移動		一人で歩く ・ 支えれば歩ける ・歩行器(シルバーカー)を使う 車椅子を使う							
体		麻痺		ない · ある → (部位: 左半身 )							
状 態	医療			ペースメーカー 吸引 在宅酸素 バルーン(尿管) ストーマ(人工肛門) 胃ろう 透析 インスリン(頻度: <mark>昼食前</mark> )							
			かかりつけ医 病院名:○○○病院 担当医師名:○○医師								
介護保険負担限度額認定証 なし・あり→( 3 段階) 本人の年収 1か月 約 ○○ 万円											
課税状況(市町村本人(課税・非課税) 配偶者(課税・非課税)											

2 家族、身元引受人等の連絡先

()	(フリガナ)		0000	000	続 柄	生年月日			
氏	į,	名	00	00	長男	大・昭・平 △年 △月 △日(△△歳)			
/->	<u>_</u>	=	〒 (○○○-○○○)						
住	Ė.	所	OO県OO市OO町OO番地のO TEL ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔΔ						
勤	勤 務 先		〇〇〇〇会社		勤務先 TEL	000-000-000			

3 主たる介護者

(フリ	ガナ)	0000 0000	続柄	生 年 月 日			
氏	名	00 00	長男嫁	大・昭・平 △年 △月 △日(△△歳)			
/ <del>}</del>	所	〒 (○○○-○○○)					
住		OO県OO市OO町OO番地のO TEL ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔΔ					

4 その他の家族の状況(同居者のみ)

、氏 名	4	生年	月	日		続 柄	備考
	ナ・腔・	平	年	月	П		
申込者の御兄弟や同居しているご家族村 を分かるようでしたらご記入下さい。原		F	年	月	П		
		F	年	月	日		
分かるようでしたらら備考欄にご記入っ	rev.	4	年	月	日		

- 5 介護者(家族等)の状況 ※主たる介護者の状況で、該当する番号に〇をつけ、必要事項を記入して下さい
- 1.一人暮らしで身寄りも介護者も全くいない
- 2.主たる介護者が遠方にいるため日常的に介護をすることが困難

(移動時間:往復 △時間以上 介護に要する時間: △時間以上)

3.主たる介護者が病気で長期間入院中のため介護ができない

(病名:○○○○ 入院先:○○○○病院 )

- 4.主たる介護者が高齢者で介護が困難(年齢: 歳)
- 5.主たる介護者が要介護状態、病気療養中または障害を有することにより介護が困難

(要介護状態:要介護○ ) (病気療養中:○○○で自宅療養中 )

(障害の等級等:○○障害 ○○手帳△級)(介護が困難な状況:

6.主たる介護者が育児中のため介護が困難(小学生未満の幼児、乳幼児の状況: △人 △歳から △△歳)

)

7.主たる介護者が複数人を介護しているため介護が困難

(入所申込者以外の介護の状況:本人の夫も要介護△であり、自宅で介護をしている

8.主たる介護者の家族が特定の疾病により長期療養中のため介護が困難(家族の病名等: )

9.主たる介護者が就業しているため介護が困難

(職業: ○○○○ 1週間の就労時間: △△時間/週 夜勤: あり なし )

10.上記以外の理由だが介護が困難

(介護が困難な状況: )

6 その他事項(家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください)

本人の現病・既往歴、家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。

例) アルツハイマー型認知症を〇〇年の時に診断された。夜、何度も起きたり、動き回ったりしてみていられない。年金が〇〇円であり、今の施設(病院)の料金を家族が負担をしている。