

特別養護老人ホーム「第二胎内やすらぎの家」入所申込書

(新規申込または変更届用)

申込年月日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム「第二胎内やすらぎの家」施設長 様

《申請者》 氏 名 (身元引受人) ① 続柄 ()

〒 住 所

電話番号 () -

特別養護老人ホーム「第二胎内やすらぎの家」に入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

記

《入所を希望する人》

ふりがな		生年月日	M・T・S	年	月	日		
氏名		性別	男・女	年齢	満	歳		
住所	〒	電話番号() -						
介護保険被保険者番号		認定日	令和	年	月	日		
		認定期間	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月
要介護度	<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							
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(第一段階・第二段階・第三段階①・第三段階②)							
介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担							
生活の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし 【自宅で介護が必要になった時期(年 月頃から)】							
	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 【自宅で介護が必要になった時期(年 月頃から)】							
	<input type="checkbox"/> 福祉施設(特養等)に入所中(施設名)【時期: 年 月 日から入所】							
	<input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名)【時期: 年 月 日から入院】							
医療保険	後期高齢・国保・社保・共済・生保			ご本人・扶養				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()種 ()級 障害名()							
家族構成(生活歴) 身体状況 医療状況	別紙1のとおり							
精神状況 在宅サービス利用状況 経済状況 特例入所の要件・理由	別紙2のとおり							
希望する居室	<input type="checkbox"/> 多床室(四人部屋) <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい							
入所申込状況	<input type="checkbox"/> 第二胎内やすらぎの家のみ申込む							
	<input type="checkbox"/> 既に申込んでいる他の施設名		施設名 () () ()					
	<input type="checkbox"/> 今後申込む予定の他の施設名		施設名 () () ()					

※説明確認欄

私は、次の事項について施設から説明を受け、同意いたします。

- ・入所基準と入所順位決定及び入所順位見直しについて
- ・入所までの流れと入所にあたっての注意事項について
- ・入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することについて

令和 年 月 日

入所希望者
(又は入所希望者の家族)

①

※介護保険被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証の写しを添付してください。

【別紙 1】

《家族構成》(同一生計者) ※独居の場合は、別居している子、兄妹などの二親等までご記入下さい。

氏名	続柄	生年月日	職業(勤務先)	電話番号	備考

生活歴及び職歴 (出生地、結婚歴、趣味など)

《身体状況》

移動	自立・一部介助・全介助 杖・歩行器・車椅子	視力障害	無・弱視(左・右)・全盲
食事	自立・一部介助・全介助・経管栄養(胃ろう)	聴力障害	無・やや難聴(左・右)・難聴(左・右)
食事形態	主食(常食・粥・ミキサー)副食(常食・刻み・ミキサー)	言語障害	無・有(少し不自由・不自由)
排泄	自立・一部介助・全介助 紙パンツ・紙おむつ	麻痺	無・有(部位:)

《医療状況》

経管栄養(経鼻) 経管栄養(胃ろう) IVH インシュリン注射 透析 在宅酸素 床ずれ バルーンカテーテル
人工肛門 人工膀胱 その他()

現在治療中の病気

病名	入院・通院医療機関名	期間
		年 月 日 ~
		年 月 日 ~
		年 月 日 ~

既往症

病名	入院・通院医療機関名	期間
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日

主治医

医療機関名	医師名

【別紙 2】

《精神状況》

記憶	問題なし・問題あり(軽度・中度・重度)	意志伝達	伝えられる・いづらか困難・伝えられない
問題行動	無・有	幻視・幻聴・昼夜逆転・暴言・暴行・介護への抵抗・不潔行為・火の不始末・異食行動・徘徊・その他()	

《サービス利用状況》

利用している介護サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()		
担当介護支援専門員	氏名	連絡先	電話番号
	事業所名		

《経済状況》

本人の収入	有・無	受給年金名 (受給年額もご記入ください)	
施設利用料の支払い者	氏名	続柄()	

《特列入所の要件への該当に関する考え》 (要介護1又は要介護2の方が申込み場合は記入してください)

入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である
	上記要件の具体的な理由

(留意事項)

※ 下記の場合は入所順位に関わりますので、必ず当施設にご連絡をお願いします。

- ・記入内容に変更があった場合(要介護度の変更等)
- ・入所申込みを辞退される場合(入所希望者がお亡くなりになった場合等)
- ・他の介護保険施設(特別養護老人ホーム等)に入所された場合

【連絡先】 特別養護老人ホーム「第二胎内やすらぎの家」
 電話番号 0254-48-3134・FAX番号 0254-48-3969