

指定介護老人福祉施設入所申込書

No.

(特別養護老人ホーム)

施設名

あんのん 施設長 宛

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付者				

入所を希望するので、下記のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者	ふりがな				性 別	男	生年月日					
	氏名					女	明・大・昭	年	月	日	(歳)	
	住所	〒 —					(TEL)	—	—)		
							(FAX)	—	—)		
被保険者番号							要介護度	(1 2) 3 4 5				
保険者番号							保険者名					
初回要介護 認定年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明					認定の 有効期間	年 月 日~ 年 月 日					
認定審査会の 意見等						認知症 自立度	I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M					

※ 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	〒 —			(TEL)	—	—)
	ふりがな				(FAX)	—	—)
	氏名				入所希望者 との続柄			
連 絡 先	住所	〒 —			(TEL)	—	—)
	ふりがな				(FAX)	—	—)
	氏名				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	() ()			()				

説明及び情報 提供に関する 確認欄	私は、入所申し込みの際し、入所順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、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、名古屋市に情報提供することに同意 本人との続柄								
	令和 年 月 日 氏名 ()								

入所希望者等の状況

※ 該当する□にシ印のうえ、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・病院に入っている 施設又は病院名 () 所在地 () 施設等へ入所又は入院した時期(昭和・平成 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	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・病名 () 特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(有の場合は下の項目にシ印等をお願いします) <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 ()			
	その他健康状態に関する特記事項 () かかりつけの医療機関名			
認知症等による行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし 該当ありの場合は下の行動障害欄・発生頻度欄にシ印等をお願いします <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"/> 暴力行動 <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 () <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			
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない
	その他特記事項	()		

※ この書類は、入所判定に重要ですから、入所希望者の状況等を正確に記入してください。

※ 申込書に添えて次の書類も提出してください。

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証(写)
- 2 直近のサービス利用票及び別表(写) ……現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

介護者の状況

※ 該当する□にシ印のうえ、その状況をご記入ください。

主たる介護者の状況	ふりがな		性別	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	続柄	
	氏名							
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間 (約 _____ 時間 _____ 分) 入所希望者宅までの主な交通手段 (_____)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療 (_____ か月程度・病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 (_____) ・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 (_____)						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (_____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有り (要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無 ※ 該当するものを○で囲んでください。						
他の対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 他に対応を要する家族はいない <input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる 要介護度 (要支援・要介護 1・2・3・4・5) ※該当するものを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (_____ 級・障害の種類: _____)							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近親者など) がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる							
居宅介護支援事業者又は施設名						電話番号 (_____)	担当者	
入院・入所 (老人保健施設、療養型病床群等) 歴								
病院・施設等	疾病名	期 間						
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書き下さい。】								

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入居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	
				就労等状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労等状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労等状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労等状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労等状況	

近親者の状況

<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">配偶者（ 歳）</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 10px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 10px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 10px;"> </div> </div> <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">本人</td> </tr> </table> </div>		配偶者（ 歳）		本人	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">子供氏名</th> <th style="width: 50%;">続柄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	子供氏名	続柄			<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>孫氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </tbody> </table>	孫氏名	
配偶者（ 歳）												
本人												
子供氏名	続柄											
孫氏名												
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">兄弟姉妹氏名</th> <th style="width: 50%;">続柄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	兄弟姉妹氏名	続柄			<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>甥姪氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </tbody> </table>	甥姪氏名		<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>その他本人に係わる人：関係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </tbody> </table>	その他本人に係わる人：関係			
兄弟姉妹氏名	続柄											
甥姪氏名												
その他本人に係わる人：関係												