特別養護老人ホーム長寿苑　入所申込書

申込日	令和　　年　　月　　日	担当者名	
受付日	令和　　年　　月　　日		

特別養護老人ホーム長寿苑
苑長　加藤　光貴　殿

今後の郵便物・電話等の連絡先

申込者	住　所	〒　　ー		
	（フリガナ）		電話番号	
	氏　名		携帯電話	

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申込みます。
※ ご本人の心身状況を把握している方がお書きください。**ご不明な点は担当ケアマネジャー等にご相談ください。**事実と異なる場合は優先順位が変更される場合があります。

入所希望者の情報	（フリガナ）		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
	氏　　名		生年月日	大正 ・ 昭和　　年　　月　　日		
	住　　所	〒　　ー	電話番号			
	介護保険	被保険者番号				
	要介護認定	□ 要介護１　□ 要介護２　□ 要介護３　□ 要介護４　□ 要介護５				
		（認定期間）　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日				
		※更新申請中の場合（申請日：令和　　年　　月　　日）				
	障害手帳等	□有　□無 手帳の種類　（障害名　　） （判定　　級（度）　　年　　月　　日）				
	現在の状況	１　在宅 □ 自宅等で一人暮らしをしている （ □ 在宅サービスを利用している　□ 利用していない ） □ 自宅で家族と暮らしている （ □ 在宅サービスを利用している　□ 利用していない ）				
		２　施設 ○　入所 ・ 入居中の施設 ・ 施設名【　　】 ・ 所在地【　　】 ・ 入所 ・ 入居期間【　　年　　月　　日　～】				
		３　病院　（入院が必要となった理由：　　） ○　入院中の病院 ・ 施設名【　　】 ・ 所在地【　　】 ・ 入院期間【　　年　　月　　日　～　】				

入所希望者の情報	入所希望者の状況	食事	状態	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助　□ 経口摂取不可
			食事形態	主食　□ 常食　□ 軟飯　□ 全粥食　□ ミキサー　□ その他（　　）
				副食　□ 常食　□ キザミ　□ みじん　□ ミキサー　□ その他（　　）
			嚥下	□ むせない　□ 時々むせる　□ 毎回むせる　□ トロミ剤の使用（□有 □無）
		排泄	状態	□ 自立　□ 誘導 ・ 一部介助　□ 全介助
			尿意	尿意　□ ある　□ 時々ある　□ ない
			便意	便意　□ ある　□ 時々ある　□ ない
			下着	□ 綿パンツ　□ オムツ（□ 昼 □ 夜）　□ リハビリパンツ（□ 昼 □ 夜） □ パッド（□ 昼 □ 夜）
		動作等	移動方法	□ 自立歩行　□ 杖歩行　□ シルバーカー（□ 安定　□ 不安定） □ 歩行器（□ 安定 □ 不安定）　□ 車イス（自操 □ 可 □ 不可）　□ 寝たきり
			立位	□ 安定　□ 支えがあれば可　□ 不安定　□ 不可
			座位	□ 安定　□ 支えがあれば可　□ 不安定　□ 不可
		身体状況	視力	□ 見える　□ 見えにくい（□ 眼鏡使用）　□ 見えない（□ 左 □ 右）
			聴力	□ 聞こえる　□ 聞こえにくい（□ 補聴器使用）　□ 聞こえない（□ 左 □ 右）
			言語	□ 話せる　□ 聞き取りにくい　□ 話せない
			意思	□ 疎通できる　□ ある程度できる　□ 疎通できない
			麻痺の有無	□ 無　□ 有（□ 左上肢　□ 右上肢　□ 左下肢　□ 右下肢　□ その他）
		睡眠		□ 普通　□ 眠れないことが多い　□ 不眠　□ 睡眠薬の使用（□ 有　□ 無）
	認知症・精神の症状	1 □ 無		
		2 □ 有		□ 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 □ 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 □ 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 □ 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 □ 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする。 （自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。）

入所希望者の情報	医療情報	※　申込者の分かる範囲で記入して下さい。**医師・看護師等に記入を求めるものではありません。**			
		医療的処置	1 ☐ 無		
			2 ☐ 有　☐ 経管栄養　☐胃ろう　☐ 酸素療法　☐ 褥瘡の処置　☐ 常時吸引 ☐ インシュリン注射　☐ 気管切開　☐ カテーテル留置　☐ 膀胱ろう ☐ ストマ（人工肛門）　☐ 皮膚疾患　☐ その他（　　）		
		【病歴】	結核の既往（☐ 有　☐ 無）		
			病　名	入院 ・ 通院中の病院	期　間
					年　月～　年　月
					年　月～　年　月
					年　月～　年　月
					年　月～　年　月
		内服薬	※お薬手帳等別紙(コピー)添付可		

介護者や住居等の状況	入所を希望する理由 （該当する項目全てにチェックを入れて下さい）	☐ 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど、介護する者がいない ☐ 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、介護できない ☐ 介護する者が、要介護状態 ・ 病気療養中 ・ 障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 車イスを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 ☐ 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 ☐ 施設や病院等から退所（退院）を求められているが、在宅での生活が困難 ☐ 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での生活が困難 ☐ その他（具体的に記載して下さい） （　　）

主な介護者	（フリガナ）		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
	氏　　名		生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日		
	同居の区分	☐ 同居　☐ 別居 住所　〒　　－ 電話番号　　（　　）				
	入所希望者との関係	☐ 配偶者　☐ 子　☐ 子の配偶者　☐ 兄弟姉妹 ・ 親戚等　☐ その他（　　）				
	（介護をしている上で特に困っていること等）					

その他	入所を希望する時期	□ 今すぐ入所したい □ 半年ぐらい先には入所したい □ １年ぐらい先には入所したい □ 将来的に必要になった時に入所したい
	施設区分の希望 （費用につきましては別紙「料金表」をご確認下さい）	□ 従来型多床室（相部屋）　□ 従来型個室　□多床室 ・ 個室どちらでも可 □ ユニット型地域密着型施設（個室） ※地域密着型施設とは桑名市に住民登録があり、桑名市に居住する者が利用対象となる介護保険施設です。

おねがい	入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の施設等に入所した場合は、必ず当施設に連絡してください。

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法や入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当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、又、行政機関から状況把握のために提示を求められることに同意します。 令和　　年　　月　　日　　入所希望者氏名 ※申込者が本人以外の場合 （入所希望者本人との続柄） 申込者氏名　　（　　）