

入居申込書 (特養草の家・特養草の家ひだまり)

施設長 殿

年 月 日 受付

《申込者》 ※施設から連絡を取らせていただく方

住所	(〒 -)		
フリガナ	連絡先 電話	①	()
氏名		②	()

次の通り申し込みます。

《入居希望者について》

フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日生
氏名	電話		
	保険者	市・区・町・村	
住所	(男・女)		
介護保険 被保険者証	被保険者番号		
	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	
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 区分変更中・申請中	
介護保険 負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
介護保険負担 限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第1段階(生保) <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階①(食費650円) <input type="checkbox"/> 第3段階②(食費1,360円)		

【現在利用中の居宅・施設サービス】

自宅で生活している <担当ケアマネージャー 氏名: _____ 事業所: _____ >

サービス種類	利用回数	利用事業所名	備考
<input type="checkbox"/> ヘルパー	週 回		
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	週 回		
<input type="checkbox"/> 訪問看護	週 回		
<input type="checkbox"/> デイサービス、デイケアサービス	週 回		
<input type="checkbox"/> ショート(特養・老健)	月 日		
<input type="checkbox"/> その他	週/月 回		

グループホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入居している

介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入院(入所)している

施設・ 病院名		担当者	
所在地		連絡先	
期間	年 月 日 ~	疾病名	

日常動作状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

認知症症状	<input type="checkbox"/> なし・年相応の物忘れ			
	<input type="checkbox"/> あり →	下記の症状・行動が見られる(はい・いいえ)		
		<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 徘徊
		<input type="checkbox"/> 大声	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 不潔行為

医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル			<input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう)	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> インスリン注射			<input type="checkbox"/> その他()		
	【病気や怪我など主な既往歴】					
		病名	入院・通院病院	いつ頃(時期・年齢等)		

【入居を希望する理由】

<input type="checkbox"/> 身寄りはないなど介護するものがない
<input type="checkbox"/> 介護する者の距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護する者が要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する等の状況にあり、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護する者が就労、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
<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい
<input type="checkbox"/> 住居のトイレ、浴室、階段等の形態や構造が適していない為、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 施設(病院)から退居(退院)を求められているが在宅での介護が困難
<input type="checkbox"/> 長期入院のため草の家を退居したが、退院後の在宅介護が困難
<input type="checkbox"/> その他()

介護者状況	フリガナ		歳	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子
	氏名			<input type="checkbox"/> 子の配偶者	
	同居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 連絡先:			
	【介護をしている上で特に困っている事】				

【特記事項記入欄】 利用希望者の生活状況・行動等、家族の状況を具体的に

【申し込み希望】	希望の施設・居室にチェックをお願いします	
特養草の家	<input type="checkbox"/> 従来型多床室58名(男性:12名 女性:46名)	<input type="checkbox"/> 従来型個室 2室
特養草の家ユニット	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 40室	
特養草の家ひだまり	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 40室	

同意 確認 欄	<input type="checkbox"/> 入居申込に関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。
	<input type="checkbox"/> 入居要件の判定や入居の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入居申し込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。
	<input type="checkbox"/> 申し込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して返答がなく、施設が入居希望者の状況を把握することが出来ない場合には、本申し込みを無効とすることについて同意します。
	入居希望者氏名: 申込者氏名:

説明 確認	私は入居申し込みの際し、入居申し込みから入居契約までの手続きおよび入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。
	年 月 日 氏名: (本人との続柄:)

【お願い】
入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入居申込書に記載した事項が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホームへ入居した場合は必ず当施設へ連絡をお願いします。

【施設記入欄】