

○家族構成（同一世帯の全員の方についてご記入ください。）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	電話番号(勤務先)
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日生		() -
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日生		() -

○別居の親族(親・兄妹・子・その他の親戚)

氏名	住所	続柄	性別	電話番号
			男・女	() -
			男・女	() -
			男・女	() -

○介護の状況

身寄りがないなど、介護をする者が全くいない。
 身寄りが離れて住んでいる又は病院に長期入院中などのため、事実上介護をする者がいない。
 ⇒具体的状況 ()
 主に介護をする者が次の事情に該当するため、十分な介護が困難である。
 ・主たる介護者の氏名() 本人との続柄()
 ・該当事由(主たる介護者の状況で当てはまる項目にチェック)
 ⇒要介護：介護度() 障害：程度()
 病気：病名() 高齢(70歳以上)：年齢()歳
 就業：勤務先() 育児：児童年齢()歳
 複数介護：被介護者の状況()
 その他()
 ※介護を補助する同居者(介護補助可能な18歳以上の者)の有無 (有 ・ 無)
 上記以外

○日常生活動作について

移動	・自立(独立・杖・歩行器)・車椅子(自操・介助)・不可
食事	・自立・一部介助・全介助(形態)・経管栄養
排泄	・自立(トイレ・ポータブルトイレ)・一部介助(トイレ・ポータブルトイレ) ・全介助(トイレ・ポータブルトイレ・差込み)・不可(オムツ使用)
入浴	・自立・一部介助・全介助(形態)
着脱衣	・自立・一部介助・全介助
起座	・自立・一部介助・全介助・不可
寝返り	・自立・一部介助・全介助・不可

○心身の状況について

視力障害	・無・弱視(左・右)・全盲
聴力障害	・無・やや難聴(左・右)・難聴
言語障害	・無・少し不自由・不自由
会話	・普通・どうか可・不可
歯の障害	・無・一部義歯・総義歯
失禁	・有・無
床ずれ	・有・無
徘徊	・有(居室内・屋内・屋外)・無

○主な病歴

年月	内容	年月	内容

○指定居宅介護支援事業所及び担当ケアマネージャー氏名

事業所名		担当ケアマネージャー氏名	
------	--	--------------	--

○備考(上記以外で、特に伝えたい内容等ございましたらご記入ください。)

--

特別養護老人ホーム 入所申込書

記入例

受付年月日(施設記入欄)

申込者	住所	〒945-8511 柏崎市中央町5番50号
	氏名 (本人との続柄)	柏崎太郎(夫)
	電話番号	(●●●●) ▲▲-■■■■

※今後郵送物などは、下記の身元引受人にお送りいたします。連絡先が変更の場合は、速やかに施設へご連絡ください。
※複数施設に申込みを希望する場合は、それぞれの施設ごとに申込書を記載してください。

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み施設名		柏柳の里				
入所希望者本人の状況	フリガナ	カシワザキ ハナコ	性別	男・女		
	氏名	柏崎花子	生年月日	明・大・昭 10年7月7日 (80)歳		
	現住所	〒945-8501 柏崎市中央町5番50号 電話(●●●●) ▲▲-■■■■				
	介護保険	被保険者番号	0000123456	保険者名	柏崎市	
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" 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	平成27年9月1日 ~ 平成28年8月31日			
	障害者手帳等	手帳の種類: 身体障害者手帳 (障害名:) 判定: 3級 平成 7年7月7日				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()					
現況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で生活している。(単身・ 家族と同居) ※家族と同居の場合は状況を裏面に記載してください <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中(名称:) 入院時期: 年 月から <input type="checkbox"/> その他()					
入所申込者の状況(要介護1又は要介護2の方が特例入所対象者として申し込む場合)	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 ■ 認知症の状況(<u>認知症がひどく自分で判断することができず常に介護が必要となっている</u>) ■ 知的障害・精神障害等の状況() ■ 介護者家族の状況(<u>日中は妻と自分の二人となるが、自分も高齢で足が悪く介護は困難。</u>) ■ その他()					
申込状況	<input type="checkbox"/> 他の特養の申込をしていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 他の特養の申込をしている。 ⇒ 下記に施設名を記入してください。 (<u>いこいの里</u>) (<u>くじらなみ</u>) (<u>ペペ・メール</u>) () ()					
身元引受人	氏名	柏崎太郎	続柄	夫	生年月日	明・大・昭・平成 10年9月10日
	現住所	〒945-8511 電話(●●●●) ▲▲-■■■■				
	勤務先	〒 — 電話 () —				
同意書	私は、貴施設への入所申込に際し、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について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、入所希望者及びその家族に関する情報を、市町村に提供すること及び市町村、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同意します。 平成27年10月10日 本人(又は身元引受人) 署名 柏崎太郎					

○家族構成（同一世帯の全員の方についてご記入ください。）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	電話番号(勤務先)
柏崎 太郎	夫	男	昭平 10年9月10日生	無職	(●●●●) ▲▲-●●●●
		男・女	昭平 年 月 日生		() -
		男・女	昭平 年 月 日生		() -
		男・女	昭平 年 月 日生		() -

○別居の親族(親・兄妹・子・その他の親戚)

氏名	住所	続柄	性別	電話番号
柏崎 次郎	柏崎市西山町池浦117番地2	長男	男	(●●●●) ◆◆-××××
			男・女	() -
			男・女	() -

○介護の状況

身寄りがないなど、介護をする者が全くいない。

身寄りが離れて住んでいる又は病院に長期入院中などのため、事実上介護をする者がいない。
→具体的状況 ()

主に介護をする者が次の事情に該当するため、十分な介護が困難である。

- ・主たる介護者の氏名(柏崎 太郎) 本人との続柄 (夫)
- ・該当事由(主たる介護者の状況で当てはまる項目にチェック)
⇒要介護：介護度 () 障害：程度 ()
病気：病名 () 高齢(70歳以上)：年齢 (80歳)
就業：勤務先 () 育児：児童年齢 (歳)
複数介護：被介護者の状況 ()
その他 ()

※介護を補助する同居者(介護補助可能な18歳以上の者)の有無 (有 ・ 無)

上記以外

○日常生活動作について

移動	自立 独立 杖・歩行器 車椅子(自操・介助) 不可
食事	自立 一部介助 全介助(形態) 経管栄養
排泄	自立(トイレ・ポータブルトイレ) 一部介助(トイレ・ポータブルトイレ) 全介助(トイレ・ポータブルトイレ・差込み) 不可(オムツ使用)
入浴	自立 一部介助 全介助(形態)
着脱衣	自立 一部介助 全介助
起座	自立 一部介助 全介助 不可
寝返り	自立 一部介助 全介助 不可

○心身の状況について

視力障害	無 弱視(左・右) 全盲
聴力障害	無 やや難聴(左・右) 難聴
言語障害	無 少し不自由 不自由
会話	普通 どうか可 不可
歯の障害	無 一部義歯 総義歯
失禁	有 無
床ずれ	有 無
徘徊	有(居室内 屋内 屋外) 無

○主な病歴

年月	内容	年月	内容

○指定居宅介護支援事業所及び担当ケアマネージャー氏名

事業所名	担当ケアマネージャー氏名
------	--------------

○備考（上記以外で、特に伝えたい内容等ございましたらご記入ください。）

--