

記入例

申請される方へ

希望施設へ申込される際は、施設の担当職員が不在となる場合がございますので  
お手数をおかけしますが、事前にお電話等で、訪問日等をお決めください。

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

お願い

申込後に要介護度の変更や介護者の状況等に变化があった場合、他施設へ入所された場合等  
その都度、変更内容の連絡を希望施設へ必ず行ってください。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書（新規・変更）

どちらかに○を

申請者 住所 長野県岡谷市〇〇〇 氏名 岡谷 太郎 印  
希望者との続柄（ 子 ） 電話（連絡先） 0266-〇〇-〇〇〇〇

入所希望施設		個室がある場合の希望	
施設名	<u>松風、さわらび</u>	<input type="checkbox"/> 希望する	<input checked="" type="checkbox"/> 希望なし
他の施設への申込状況	<input checked="" type="checkbox"/> 申込済（予定）の施設名称 ( <u>特養〇〇</u> ) ( ) ( )		
入所希望者			
フリガナ	<u>カヤ ハコ</u>	生年月日	性別
氏名	<u>岡谷 花子</u>	明治・大正・昭和 <u>〇〇</u> 年 <u>〇</u> 月 <u>〇</u> 日生 ( <u>〇〇</u> 歳 )	男・ <u>女</u>
現住所	郵便番号 <u>394-〇〇〇〇</u>	電話番号 <u>0266-〇〇-〇〇〇〇</u>	<u>長野県岡谷市〇〇〇〇〇</u>
被保険者番号	<u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>	保険者名	<u>諏訪広域連合</u>
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定期間 <u>令和元年 5月 1日</u> ~ <u>令和3年 4月 30日</u>		
認知症高齢者の日常生活自立度（認定調査票）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input checked="" type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
該当する在宅での日常生活が困難な事由（要介護1又は2の者はチェック等を記入し詳細は裏面※項目に必ず記入）	<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。	入所を希望する理由※複数回答可 該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため
	<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が頻繁に見られる。		<input checked="" type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため
担当の居宅介護支援事業所等	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。	事業所の名称 <u>居宅介護支援事業所〇〇</u> <u>TEL〇〇-〇〇〇〇</u> 担当者 <u>〇〇 〇〇</u>	<input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため
	<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。		<input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため
健康保険	種類	<u>後期高齢者医療保険</u>	
年金の種類等	種類	<u>国民年金</u>	
居宅サービス等の利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 利用あり（直近3ヶ月の平均 <u>2.345</u> 単位）① <input type="checkbox"/> 利用なし (支給限度基準額 _____ 単位)② ①÷②×100=(在宅サービス利用率 _____ %)		
現況及び医療状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（病院）へ入所、入院中（名称 _____ ） 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） [現在治療中の病名] ( _____ )		
過去の入所・入院状況（過去3年分）※記載欄が不足する場合は、別紙等の添付をお願いいたします。）	種類	<u>病院</u>	<u>令和元年 5月 15日～ 元年 8月 13日</u>
	名称	<u>〇〇病院</u>	理由 <u>骨折</u>
	種類	<u>老人保健施設</u>	<u>令和元年 8月 13日～ 元年 11月 13日</u>
	名称	<u>老人保健施設〇〇</u>	理由 <u>骨折後のリハビリ</u>
種類		年 月 日～ 年 月 日	
名称		理由	
※入所判定に当たって特に配慮			

要介護1.2の方は必ずご記入下さい

