

入 所 申 込 書

初回申込日	※平成	年	月	日
今回申込日	平成	年	月	日

※の箇所は記入しないでください。

申込 人	氏名		続柄	
	住所			
	電話			
	勤務先			

特別養護老人ホーム希望ヶ丘荘、希望ヶ丘荘アネックスに入所したいので、次のとおり申し込みます。
 なお、入所待機中に要介護度や連絡先などについて変更があった場合には、速やかに連絡いたします。

下記の□にレを付け、詳細をご記入ください。(裏面もご記入ください。)

フリガナ 氏名		男・女	保 険 者							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	要 介 護 度	1	2	3	4	5
現住所	〒			認 定 有 効 期 間	平成	年	月	日	から	
電話番号	()				平成	年	月	日	まで	
在宅支援 事業者名	電話番号 ()			担当ケアマネ ジャー氏名						

当施設は、「要介護度3～5」及び「居宅において日常生活を営むことが困難で、やむを得ない事由が認められた要介護度1又は2の方が対象です。要介護度1又は2の方が入所するためには、下記の何れかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当する項目の「□」に印を付けてください。

	<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。 <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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待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。 <input type="checkbox"/> 単独世帯である、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。
その他	※特にお困りのこと、もしくは入所に関してのご要望をお書きください。

生活場所	□ 在宅	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> その他		
介護者 有無	介護者の氏名 _____ 続柄: _____ <input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳～75歳 <input type="checkbox"/> 75歳以上			
主たる 介護者 状況	<input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 療養施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 (施設名 _____) (利用開始日 _____)			
(該当するもの すべてを選んで ください)	<input type="checkbox"/> 育児中 (未就学の乳幼児を世話している場合) <input type="checkbox"/> 就労中 (生計を維持するため仕事に従事している場合) <input type="checkbox"/> 病弱で介護が困難 (疾病・慢性疾患や障害があつて、その介護に応えられない時が多い場合や介護認定を受けてサービスを利用している場合等) <input type="checkbox"/> 他に介護をしている (介護者が被保険者以外に介護をしている場合) <input type="checkbox"/> その他(_____)			

	健康面	病名	
		かかりつけ病院名・医師名	
入所希望者 状況	身体面	移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない (歩行器・車椅子)	
		食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう・ <input type="checkbox"/> 経鼻栄養)	
		排泄： <input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 誘導・ <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 常時使用・ <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	
		意思疎通： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
		認知症： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
認知症に伴う 行動障害 精神症状	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 屋内徘徊 <input type="checkbox"/> 屋外徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視、幻聴) <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 感情障害(抑うつ、興奮等) <input type="checkbox"/> その他()		
	※施設入所中の場合は、施設職員にご確認のうえご記入下さい。		
在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー)		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア)
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活・療養介護(ショートステイ)		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・住宅改修		<input type="checkbox"/> その他()
申込状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む(施設名:)		
希望居室	<input type="checkbox"/> 希望ヶ丘荘(多床室)	<input type="checkbox"/> 希望ヶ丘荘アネックス(個室)	
年金	年金の種類		金額(年額)

同 意 書

特別養護老人ホーム希望ヶ丘荘・希望ヶ丘荘アネックスの入所申込みに際し、次のことについて同意します。

1. 保険者又は関係する他の介護保険事業者、医療機関等から、入所判定に必要な情報の提供を受けること。
2. 保険者又は関係する他の介護保険事業者、医療機関等に対し、必要に応じてこの入所申込み情報を提供すること。

特別養護老人ホーム 希望ヶ丘荘 施設長様

特別養護老人ホーム 希望ヶ丘荘アネックス 施設長様

平成 年 月 日

氏名(本人又は代理人)

印

※入所申込書に記載された内容については秘密を厳守いたします。