

施設長	事務長	相談員	係	受付

申込日：令和 年 月 日

受付日：令和 年 月 日

### 特別養護老人ホーム松籟の丘入所申込書

申込者（連絡先） 今後、郵便物等はこの連絡先に送付させていただきます。

〒： —
住所：
氏名： (続柄： )
電話： 携帯

次の者が特別養護老人ホーム松籟の丘に入所したいので申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性別	保 険 者	
	氏 名		男・女	被保険者番号	
				要 介 護 度	1・2・3・4・5
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		要介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	現 住 所	〒 —		電話番号	( )
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地（市区名のみ） _____ ◇入所又は入院時期：令和 年 月から入所・入院している			
	入所を希望する理由（該当するものすべてを選んで下さい）	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 （要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。） <input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「疾病」等により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
		2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <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。			
	備考				

	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 数年先のために申し込んでおきたい		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻・鼻腔） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <b>【現在治療中の病気・主な病名】</b> <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> ウロカテーテル <input type="checkbox"/> その他（ ） <b>※【</b>		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は今後申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名（ ）（ ）（ ） ◇今後申し込む予定の他の施設名（ ）（ ）（ ）		
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との続柄
	氏名		男・女	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所： ）		
	意見	<b>【困っていること等】</b>		

<b>当施設側で記入いたします。（把握されていれば、ご記入ください）</b> <input type="checkbox"/> 移動 自立・一部介助・全面介助 内容（ ） <input type="checkbox"/> 食事内容 普通食・キザミ食・ミキサー・その他（ ） // 方法 自立・一部介助・全面介助 <input type="checkbox"/> 入浴方法 自立・一部介助・全面介助 一般浴・機械浴・その他（ ） <input type="checkbox"/> 排泄 自立・見守り・一部介助・全面介助 内容（ ） （尿意：あり・なし 便意：あり・なし） <input type="checkbox"/> 意思疎通 普通・やや悪い・悪い・不可・不明（状況： ） <input type="checkbox"/> 視力 普通・やや悪い・ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 聴力 普通・やや遠い・かなり遠い 補聴器：あり・なし <input type="checkbox"/> 周辺症状 あり（内容 ）・なし・不明 <input type="checkbox"/> 夜間の様子（ ） <input type="checkbox"/> 性格（ ） <input type="checkbox"/> 経済状況 年金の有・無（ 年金／ /月額 ） <input type="checkbox"/> その他		<b>●家族構成</b>  <b>●居室の希望</b> ユニット型個室 ・ 多床室
<b>●C M</b> _____  事業所 _____		