

施設長	副施設長	相談員	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	☐ 自宅で一人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 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。） ☐ 介護する者がいない ☐ 介護する者が「高齢」、「疾病」等により十分な介護が困難 ☐ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難 ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難 ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難 ☐ 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 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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 者 の 状 況	入所希望時期	☐ 今すぐ入所したい () ☐ 令和 年 月頃までに入所したい () ☐ 数年先のために申し込んでおきたい ()			
	医療の状況	☐ 経管栄養 (胃瘻・鼻腔) ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ 透析 ☐ 人工肛門 ☐ 褥瘡 ☐ 感染症 ☐ ウロカテーテル ☐ その他 () ☐ コロナワクチン接種状況 接種未・接種済 (最終接種日 R 年 月 日)			
	既往歴 現病歴 通院先				
	申込状況	☐ 当該施設のみ申し込む。 ☐ 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	生年月日	年 月 日 (歳)
	同居の区分	☐ 同居している ☐ 別居している (住所:)			
	意 見	【困っていること等】			

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) ○移 動 自 立・一部介助・全面介助 内容 () ○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 ○入浴方法 自 立・一部介助・全面介助 一般浴・機械浴・その他 () ○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) ○意思疎通 普 通・やや悪い・悪 い・不 可・不 明 (状況:) ○視力 普通・やや悪い・ほとんど見えない ○聴力 普通・やや遠い・かなり遠い 補聴器: あり・なし ○周辺症状 あり (内容)・ なし ・ 不明 ○夜間の様子 () ○性格 () ○経済状況 年金の 有・無 (国民・厚生・共済・他) (月額・ 円) ○負担限度額認定証 あり (段階) ・ なし ○居宅介護サービス利用状況 利用していない・利用している () ○その他	
○担当ケアマネージャー 事業所名 _____ 名 前 _____ ○居室の希望 ユニット型個室 ・ 多床室 ・ どちらでもよい	●家族構成