

」入所申込書

氏 名	(ふりがな)				性 別	男 ・ 女			
					生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
現 住 所	〒 ー 電話番号 ()								
介 護 保 険	被保険者番号				保険者名				
	要 介 護 度				☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5				
	認 定 期 間				年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 申請中				
担当ケア マネージャー	☐ いる ☐ いない		(ふりがな) 氏名 事業所名 事業所所在地 電話 ()						
健 康 保 険	(種別・記号番号)								
年 金 等	(種別)				支給年額				
	(種別)				支給年額				
希 望 者 の 状 況	生 活 保 護 受 給		あり ・ なし		重度心身医療証受給		あり ・ なし		
障害者手帳等	手帳の種類 (障害名 :) 判 定 級 (度) 年 月 日								
現 況	☐ 自宅で一人暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ 短期入所 ☐ 小規模多機能型介護 ☐ その他 ()								
	☐ 施設や病院に入っている (施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) ☐ 養護老人ホーム ☐ 特別養護老人ホーム ☐ グループホーム ☐ 老人保健施設 ☐ 病 院 (一般) ☐ 病 院 (療養) ☐ その他 ()								
	施設名又は病院名 () 所在市町村名 : () 入所又は入院の時期 : 平成 年 月頃								
主たる介護者	(ふりがな)				性別	本人との関係			
					男 ・ 女	生年月日 : 大正・昭和・平成 年 月 日			
家 族 構 成	氏 名	続柄	年齢	同・別	氏 名	続柄	年齢	同・別	
				同・別				同・別	
				同・別				同・別	
				同・別				同・別	
				同・別				同・別	
身元引受人	契約代理になっていただける方			(氏名)	(続柄)				

入 所 希 望 者 の 状 況	主 治 医	(ふりがな) 氏名	医療機関名	
		医療機関所在地		電話
医療の状況		病歴（現病名： ） （既往歴： ） ☐ 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう・食道ろう） ☐ インシュリン注射 ☐ ペースメーカー ☐ 痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 褥瘡 ☐ 人工透析 ☐ 在宅酸素 ☐ その他（ ） ☐ C型肝炎等 ☐ 疥癬 ☐ MRSA その他感染症（ ）		
		☐ 認知症（ひどい・軽い・なし） ☐ 特筆すべき行動（ ） ☐ 同じ話を何度もする ☐ すぐ前にあったことを忘れる ☐ 季節や時間の感覚がわからない ☐ 場所がわからない ☐ 家族の顔がわからない ☐ 知人の顔がわからない ☐ 今までしていた事ができなくなる ☐ 判断能力が低下している ☐ 食事の仕方がわからない ☐ 排泄の仕方がわからない ☐ 抑うつ状態 ☐ 些細なことに興奮する ☐ 怒りっぽい ☐ 昼夜逆転がある ☐ 徘徊がある ☐ 幻覚症状がある ☐ 妄想的な言動がある ☐ 会話が成り立たない ☐ 視力に問題がある：具体的に ☐ 聴力に問題がある：具体的に 歩 行… ☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖を使用 ☐ 車いすを使用 食 事… ☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 普通食 ☐ 粥食 ☐ （ ） 入 浴… ☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 オムツ… ☐ 有り ☐ 無し トイレ… ☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
入 所 の 希 望 理 由	☐ 介護する者がいないため ☐ 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため ☐ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため ☐ 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なため 特記事項(具体的な事情など) 			
	※要介護1及び2の方は必ず記入して下さい ☐ 認知症で、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 理由（具体的な状況など） 			
説明確認及び 情報収集に係 る同意		私は、貴施設への入所申込みに際し、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。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当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、又、今後の高齢者施策の参考とする為、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。 なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げします。 令和 年 月 日 入所希望者名 _____ ⑩ 同上家族氏名 _____ ⑩		