

特別養護老人ホームくれば苑・くれば陽光苑 入所申込書

特別養護老人ホーム

くれば苑・くれば陽光苑施設長 様

受付日	年 月 日
受付担当	

特別養護老人ホームくれば苑・くれば陽光苑に入所を申込みます。

本人の状況	フリガナ		性別		フリガナ		続柄	
	氏名		男・女		氏名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			申込者	〒		
	住所	〒				住所	TEL	
	TEL							
	今後の連絡先	住所〒		氏名				
				TEL				
	被保険者番号				保険者番号			
	要介護度	1・2・3・4・5		障害者手帳の有無		有(身体・精神)・無		
	認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日			
	現況	1. 自宅で独り暮らし 2. 高齢者世帯 3. 家族と同居 4. 施設又は病院に入所(院)中 <u>施設名又は病院名</u> 5. その他()						
	入所申込の理由 (該当するものすべてを選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「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ので、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なり十分な介護が困難。 <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()						
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 【現在受診している病院・診療所名及び科名】 <u>病院又は診療所名</u> <u>科名</u> 【主病名】 1 2 3 4						
	他施設等申込状況	有・無		有の場合施設名をご記入ください。 1 2 3 4				
	在宅サービスの利用状況	在宅サービス	事業所名/回数(月)		在宅サービス	事業所名/回数(月)		
		1. 訪問介護	/		7. 通所リハビリテーション	/		
2. 訪問入浴介護		/		8. 短期入所生活介護	/			
3. 訪問看護		/		9. 短期入所療養介護	/			
4. 訪問リハビリテーション		/		10. 特定施設入所者生活介護	施設名:			
5. 居宅療養管理指導		/		11. 福祉用具貸与	種類:			
6. 通所介護	/		12. その他()					
住居の状況	<input type="checkbox"/> バリアフリー対応している。 <input type="checkbox"/> 住宅改修し、ホームヘルパーの導入により介護できる環境になっている。 <input type="checkbox"/> 設備構造上に問題があるが、特に対策していない。 <input type="checkbox"/> その他()							

主たる 介護者	フリガナ		生年月日	本人との続柄	同居の区分		
	氏名		・	・	同居・別居		
	身体障害者手帳等 の有無	有・無	要介護認定 の有無	有・無			
		(級)		支援1・支援2・1・2・3・4・5			
	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 通院している <input type="checkbox"/> その他()						
在宅介護期間	年 月						
家族 (親族) 構成	氏名	生年月日	年齢	続柄	同居*1	介護*2	
同居されている方は*1に、主たる介護者以外に介護に関わっている方は*2に○をつけてください。							
介護者等の 状況	1. 主たる介護者の就業状態 <input type="checkbox"/> 常勤 (: ~ :) 週休 日 <input type="checkbox"/> パート (: ~ :) 週休 日 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自営 () 2. 日中 (7:00~19:00) に介護 (オムツ交換など) に関わる時間 (約 時間) 夜間 (19:00~7:00) に介護 (オムツ交換など) に関わる時間 (約 時間) 3. 複数の要介護者を抱えている【 人】(具体的内容:) 4. 家族に入院・入所者がいるため付き添いに行っている。(一日約 時間) 5. その他()						
主たる 介護者 の意見	*家庭での介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。						
所属の 指定居宅介護支援事業所		担当の 介護支援専門員					
説明 ・ 同意	1. 入所指針により、入所順位決定方法について説明を受けましたので、同意し、入所を申込みます。 2. 申込施設が担当の介護支援専門員や介護保険の保険者である市町村から、入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 3. 特別養護老人ホーム入所申込書について、富山県又は市町村から求められた場合や富山県又は市町村に報告する必要がある場合には、提出することに同意します。 4. 同一法人(陽光福祉会)内の他特別養護老人ホームに情報提供することに同意します。 年 月 日 申込者氏名 印						

*記載について

- 【申込者】 本人又は本人を代理する家族等になります。
- 【今後の連絡先】 本人又は本人を代理する家族等で確実に連絡が取れる方。
- 【被保険者番号】 「介護保険被保険者証」の被保険者番号(10桁)を記入ください。
- 【保険者番号】 「介護保険被保険者証」の保険者番号(下段6桁)の数字を記入ください。
- 【要介護度】 「介護保険被保険者証」の要介護状態区分等の要介護度を記入ください。
- 【障害者手帳の有無】 有・無を○で囲んでください。
有の場合、身体・精神の該当するほうを○で囲んでください。
- 【認定の有効期間】 「介護保険被保険者証」の認定の有効期間を記入ください。
- 【現況】 該当する項目に○をつけてください。
施設又は病院に入所(院)中の場合は、施設名又は病院名を記入ください。
- 【入所申込の理由】 該当する項目に(レ)を入れてください。(複数可)
- 【医療の状況】 該当する項目に(レ)を入れてください。(複数可)
現在受診している病院・診療所名、科名、主病名を記入してください。
- 【他施設等申込状況】 有・無を○で囲んでください。
有に○の場合、参考までに施設名を記入ください。
- 【在宅サービスの利用状況】 在宅で介護をされている場合、利用サービス事業所名及び1ヶ月の利用回数を記入ください。入所(院)中の方は記入の必要ありません。
- 【住居の状況】 該当する項目に(レ)を入れてください。(複数可)
- 【主たる介護者】 主に介護を行っている方、入院(所)先で身の回りの準備を行っている方について記入ください。
在宅で介護を行っている方は在宅介護の期間を記入ください。
- 【家族(親族)構成】 同居されている方は*1に、主たる介護者以外に介護に関わっている方は*2に○をつけてください。
- 【介護者等の状況】 主に介護を行っている方、入院(所)先で身の回りの準備を行っている方の状況について記入ください。
介護に関わる時間において、入所(院)中の方は在宅で介護される場合を仮定して記入ください。
- 【担当の介護支援専門員】 在宅サービスを利用されている方は記入ください。
- 【説明・同意】 申込者は施設より入所について説明を受け、同意してください。

*申込みは事前予約の上、本人又は家族等の代理人が直接施設の窓口提出してください。

当日は、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、印鑑をご持参ください。

なお、身体障害者手帳、介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は併せてご持参ください。

【要介護1又は要介護2の方の申込みの場合は、下記についても記入してください】

居宅において日常生活を営むことが困難なことについてのやむを得ない事由（下記ア～エ）のうち、該当する項目にチェックのうえ、具体的な状況を記入してください。

- ア 認知症であって、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。
- イ 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
- ウ 家族等から深刻な虐待を受けていること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
- エ 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。

具体的な状況

***施設記入欄**

【メモ欄】*介護が必要になった経過、家族構成図など