

特別養護老人ホーム元気館 入所申込書

申 込 日	年	月	日
-------	---	---	---

施設長 殿

申込代理人	フリガナ 氏 名		続柄	
	住 所	〒 【電話番号】 — —		

※貴施設への入所を希望しますので、次の通り申請致します。

フリガナ			男	住所	〒 —	
氏 名			女		【電話番号】	
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日生（ 歳）	
介護保険	要介護度	1 2 3 4 5	被保険者番号			
	認定期間	令和		年	月	日から 令和 年 月 日
	負担割合	1割 2割 3割	負担限度額段階		1段階 2段階 3段階① 3段階② 非該当	
医療保険	☐ 後期高齢者医療		☐ 国民健康保険		その他	
年金等	☐ 国民年金		☐ 厚生年金		その他	
掛付病院	病院名		主治医		電 話	
現 在	☐ 自宅	病院 施設	名 称		電 話	
	☐ 入院中		入院・入所日		平成・令和 年 月 日～	
	☐ 入所中		入院経緯			
身 体 状 況	食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 【入れ歯】 ☐ 有り ☐ 無し 【主食】 ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ （ ） 【副食】 ☐ 常食 ☐ 刻み食 ☐ （ ）				
	排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 【内 容】 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿便器 ☐ おむつ 【おむつ】 ☐ な し ☐ 尿パット ☐ 夜のみ ☐ 昼 夜 ☐ カテーテル				
	麻 痺	☐ な し ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢 ☐ その他				
	歩 行	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 【内 容】 ☐ 補助具 ☐ 車椅子				
	着脱衣	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	入 浴	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 【内 容】 ☐ 一般浴槽 ☐ 機械浴槽				
	視 力	☐ 普 通 ☐ 弱 視 ☐ 全 盲 【眼 鏡】 ☐ 有 り ☐ 無 し				
	聴 力	☐ 普 通 ☐ やや難聴 ☐ 難 聴 【補聴器】 ☐ 有 り ☐ 無 し				
	言 語	☐ 普 通 ☐ 少し不自由 ☐ 不自由				
	認知症	☐ な し ☐ あ り （ ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度） ☐ 攻撃的 ☐ 自傷 ☐ 徘徊 ☐ 不穏 ☐ 不潔 ☐ 異食 ☐ その他				
備 考	【現在治療中の病気・特記事項・内服薬・受けている医療行為等】					

世帯及び 介護者の 状況	☐ 単身世帯である							
	【主たる介護者の年齢】 ☐ 75歳以上 ☐ 65歳以上 ☐ 60歳以上 ☐ 60歳未満 【主たる介護者の状況】 ☐ 介護困難 ☐ 多少の介護は可能 ☐ 介護可能 【主たる介護者の就労】 ☐ 高齢のための就労不能 ☐ 8時間以上の就労 ☐ 4～8時間就労 ☐ 4時間未満の就労 ☐ 就労なし 【主たる介護者の育児・他の看病】 ☐ 常時必要 ☐ 半日程度 ☐ 随時必要 ☐ なし 【他の同居者の介護補助】 ☐ ほとんどない ☐ 随時（週1～3日） ☐ 常時（週4日以上） 【別居血縁者による介護】 ☐ ほとんどない ☐ 随時（週1～3日） ☐ 常時（週4日以上）							
	☐ 在宅で生活しているが、介護者の身体的・精神的負担が大きい。 ☐ 病院や施設から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難。 ☐ その他（ ）							
	【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んで下さい】 ☐ 認知症の診断があり、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 ☐ 家族等による深刻な虐待により、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ない ☐ 特記事項（ ）							
同居家族 主たる介護 者には ☒	氏 名	続柄	年齢	職業	氏 名	続柄	年齢	職業
	☐				☐			
	☐				☐			
別居家族 主たる介護 者には ☒	氏 名	続柄	年齢	職業	住所		電話番号	
	☐							
	☐							
入所時期	☐ 早急に入所希望したい ☐ 出来るだけ早く入所希望 ☐ 緊急ではないが入所希望							
申請状況	☐ 当該施設にのみ申請 ☐ 他の施設にも申請している （施設名： ）							
特記事項								
担当ケア マネージャー	氏 名				連絡先			
	事業所名							
説明確認欄	私は、利用申込に際し、 ☐ 利用順位の決定方法 ☐ 特列入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有すること について施設から説明を受けました 令和 年 月 日 氏名：							

※保険者証・直近3カ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。