

様式1

指定介護老人福祉施設入所申込書

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

負担割合	1割	2割		
負担限度額	1	2	3	4

〒	-			
住所				
氏名	(本人との関係: )			
電話	( )			
携帯	( )			

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	申し込み先 (入所希望施設)	木更津南清苑			保険者	木更津・君津・袖ヶ浦 富津・その他( )					
	(フリガナ)				性別						
	氏名				男・女	被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳			要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで					
	現住所	〒 -			要介護度	1・2・3・4・5					
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1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"/> 特養などの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) _____ ◇入所又は入院期間:平成 年 月 日から入所・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 選んでください)	1. 入所申し込み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ため <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なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <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なため。 <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院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。 <input type="checkbox"/> その他( )									
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい									
	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( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】									
	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、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇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						
	氏名				男・女	本人との関係					
	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: )			生年月日	明・大・昭 年 月 日					
意見	【介護をしているうえで困っていること等】										

第1回 第2回 第3回  
/ / /

1 本人の状況

要介護度	要介護	1	2	3	4	5			
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I	自立				

3 主たる介護者・家族等の状況

世帯状況	独居	高齢者世帯	その他			
介護者の年齢・続柄						
介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし		
介護者の障害や疾病	無・有( )					
介護者の就労	無・有(職種等: ・ 日/週、 時間/日)					
他の要介護者	無・有(要支援、要介護 1, 2, 3, 4, 5)					
介護者の育児・家族の疾病	無・有( )					
介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	ふつう		
他の同居介護補助者	無・有(続柄: ・ 日/週程度)					
別居血縁者介護協力	無・有(続柄: ・ 日/週程度)					
近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり			

4 調査者の意見

(申し込みご本人(身体・精神状況)・ご家族の状況等詳しくお書きください)

記載者氏名 \_\_\_\_\_ 印