

指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 島津乃荘 入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の場合)	氏名:	続柄	申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
	〒		受付番号				担当者名			
	住所:		法人名							
	電話番号			入所申込施設名						

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。

本人の状況	(フリガナ)	性別	保険者(番号)							
	氏名	男女	被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	要介護度	1・2・3・4・5						
	要介護認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	認定申請予定日	年 月 日 ※未申請の方は記入してください						
	自宅住所	〒		電話番号						
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている			所在地	〒 -				
	入所又は入院期間	年 月 から (年 か月)		電話番号	( )					
	入所申込理由	<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"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居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 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難								
	在宅介護継続期間	年 月 日	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無						
申込日前月に利用中のサービス( 月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月				
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月				
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月				
	短期入所療養介護	日/月								

本人の状況	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望（1～3か月内） <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上（    ）年以内		
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号：	担当の介護支援専門員名	
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 食道ろう） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 吸引（1日    回程度） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（    ） 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ <b>【特記事項】</b>		
	特例入所要件 (要介護2以下) ※注4	<input type="checkbox"/> 認知症であり、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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 単身世帯、又は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、且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		
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設（特養・老健・療養型・病院）にも申し込んでいる（予定も含む）（    箇所） 既に申し込んでいる他の施設名（    ）（    ）（    ） 今後申し込む予定の施設名（    ）（    ）（    ） 特養待機期間（他施設も含む）    年    か月			

主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（    ）    計    人		
	（フリガナ）	性別	年齢	続柄（    ） <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	主たる介護者の氏名	男・女	満歳	住所： 電話番号：（    ）
	意見等 (現状の介護で困っていること等)	(注：身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)		
	同居以外の親族・援助者の有無	1. 子    2. 兄弟・親戚等    3. 親族はないが援助者あり    4. 親族・援助者なし		

備考（入所申込の辞退等）

**【説明確認及び同意欄】**

私は貴施設の入所申込みから入所決定に至るまでの手続き及び入所順位の決定方法について、説明を受け同意しました。なお、入所を待っている間に、貴施設以外の入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等に変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

年    月    日

入所申込者又は申込代理者氏名： \_\_\_\_\_ 印

- 注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付してください。
- 注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。
- 注3 入所希望時期については、入所決定に際してなんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。
- 注4 特例入所に該当するか否かを保険者市町村へ意見を求め判断されます。