

提出日 令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム五本松の家入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・福山市・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・福山市・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。			
	令和	年	月	日
			氏名	_____ (印)

申請者 (連絡先)	〒 _____ 住所	氏名	_____
		電話	() _____
		携帯	() _____
		入所申込者との関係	_____

入所申込者の状況	フリガナ	_____	性別	_____	保険者	_____
	氏名	_____ (印)	男・女	被保険者番号	_____	_____
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護状態区分	要介護(1・2・3・4・5)		
	現住所	〒 _____ 福山市				
	要介護認定有効期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名: _____ ※所在地: _____ ※入所又は入院時期: 平成 年 月頃から _____				
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
	特例入所の理由	【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように) (_____)				
	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・以降)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"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名: _____)					
主介	フリガナ	_____	性別	_____	入所申込者との関係	_____
	氏名	_____	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	_____

護者	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他()				
	主介護者 就労状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり(常勤・パート)		主介護者 健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()	
その他の 介護者	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者 との関係	
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者 との関係	
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者 との関係	
	氏名		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者 との関係	
入所の 必要性	【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由(本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載)〕					
備考	担当ケア マネジャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名()名前() <input type="checkbox"/> いない				

【施設記入欄】

--

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。
連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。
※必要性がなくなった場合は、別紙「入所申し込み取り下げ書」を提出してください。

入所までの期間に、問い合わせや来所いただく場合があります。
事前説明会、事前面接等必ず、ご家族または関係者の方で責任者となる方がご参加ください。

記入例

提出日 令和〇年〇月〇日

地域密着型特別養護老人ホーム五本松の家入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・福山市・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・福山市・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 令和〇〇年 〇月 〇日
	氏名 <u>介護 太郎</u> ⑩

申請者 (連絡先)	〒 〇〇〇 - ×××× 住所 福山市〇〇町〇丁目〇番〇号	氏名	介護 次郎
		電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
		携帯	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
		入所申込者との関係	子

入所申込者の状況	フリガナ	カイゴ タロウ	性別	保険者	福山市
	氏名	介護 太郎 印	男・女	被保険者番号	〇・〇・〇・〇・〇・〇・〇・〇・〇
	生年月日	明・大 昭 〇〇年 〇月 〇日	要介護状態区分	要介護(1 2 3・4・5)	
	現住所	〒 〇〇〇 - ×××× 福山市〇〇町〇丁目〇番〇号			
	要介護認定有効期間	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで			
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名: ※所在地: ※入所又は入院時期:平成 年 月頃から			
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()			
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように) 認知症により、食事を勝手に出して食べたり、勝手に外に出て行ってしまふなど、常時見守りが必要な状態であり、日常生活に支障を来している。			
	入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃 (まで・以降)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"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()			
特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のための申請 <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名: 特別養護老人ホーム〇〇園)				
主介	フリガナ	カイゴ ハナコ	性別	入所申込者との関係	妻
	氏名	介護 花子	男・女	生年月日	明・大・昭 平 〇〇年 〇月 〇日

該当するところを選んでください。

該当するところを選んでください。

護者	同居有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> その他())					
	主介護者就労状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり(常勤・パート)		主介護者健康状態		<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 不良(〇〇病))	
その他の介護者	氏名	介護 次郎	年齢	〇〇	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(<input checked="" type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	子
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	
入所の必要性	【自由記述】 [※本人の在宅生活が困難な理由(本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載)] 夫婦のみの世帯であり、入所申込者は認知症により、常時見守りがないと、勝手に冷蔵庫を開けて食材を食べたり、いつの間にか外に出て行ってしまうなど、在宅生活が困難な状況である。 また、妻も病弱であり、体の調子がすぐれないことが頻繁にあるため、介護することが難しい。						
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当するところを選んでください。 </div>						
備考	担当ケアマネジャー	<input checked="" type="checkbox"/> いる ※事業所名(居宅介護支援事業所〇〇)名前(〇〇 〇〇) <input type="checkbox"/> いない					

【施設記入欄】

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。
 連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。
 ※必要性がなくなった場合は、別紙「入所申し込み取り下げ書」を提出してください。

入所までの期間に、問い合わせや来所いただく場合があります。
 事前説明会、事前面接等必ず、ご家族または関係者の方で責任者となる方がご参加ください。

五本松の家 入所調査票

※ご家族または介護支援専門員様、
医療機関様等がご記入ください。

記入者	氏名		入所申込者との関係	
	所属名			
	所属住所	〒		
	電話	() -		

記入日 平成 年 月 日

入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日	施設記入欄
	氏名					
	現住所	〒				
	医療状況	現在治療中の病名				
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名				
	在宅サービス利用率 ※ケアマネまたは施設記載	() %	※申込日の属する月の前3月について、〔利用単位合計 ÷支給限度額合計〕(小数以下四捨五入)により算出			
入所申込者の	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <small>※P(ポータブルトイレ)</small> (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> ほとんど話せない	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可		
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや低下 <input type="checkbox"/> 低下	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり(右・左 手・足)		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事関係	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・腸瘻・他) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ムース食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他()	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
身体状況	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [※認知症高齢者の日常生活自立度: I II III IV V] <input type="checkbox"/> 認知症による不適応行動 [<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし] <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし					
	手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: 障害名:)				

介 護 者 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載) <input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 (内容:) <input type="checkbox"/> 経済的理由 (内容:) <input type="checkbox"/> 家族の介護負担 (内容:) <input type="checkbox"/> 住環境 (内容:) <input type="checkbox"/> その他 (内容:)	
介 護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	その他特記事項 	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

介護支援専門員等の意見書

〔介護支援専門員等 ⇄ 施設〕

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネジャー, 相談員等)	
所属名 (施設名・病院名)	
所属住所	
電話番号	() -
緊急連絡先	【必要時のみ】

記入年月日	平成 年 月 日	記入者氏名			
介護	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	フリガナ				
	入所申込者氏名				
要介護度	申請中 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
支援	過去3か月間のサービス利用	<input type="checkbox"/> 通所サービス(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回・内容:) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回・内容:) <input type="checkbox"/> 短期入所(月 日/平均) <input type="checkbox"/> 小規模多機能サービス(通い: 日/月 泊まり: 日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input type="checkbox"/> 入所(<input type="checkbox"/> 老健: 年 月~ <input type="checkbox"/> 病院: 年 月~ <input type="checkbox"/> 他施設: 年 月~)			
		現在の生活状況で特記すべき事項(住環境、医療・身体・精神的状況など、在宅生活が困難な状況の要因を記入してください。) 【 緊急性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】			
専門員等	入所についての本人及び家族の意思				
意見	その他特記すべき事項等				

※深刻な虐待が疑われる場合等、介護支援専門員、病院・施設の相談員等が特に必要と判断する場合はその内容を詳しく記載してください。

【ご本人・ご家族様へご入所に際してのお願い】

『五本松の家』での生活支援をさせていただく上で、ご入所者様、ご家族のかかわりや、思い、こだわり等支援計画の基本情報とさせていただきたく、以下の項目についてご記入をお願いします。

■ご入所されるご本人についてご記入ください

氏名	生年月日	T/S/H	年	月	日	故郷
※ご入所の経緯についてご記入ください（申し込み書等に記載できなかった内容をご記入ください）						
記入者氏名：			続柄：		同居・別居	

■あなた（記入者様）が、幼少期から感じてこられたご入所者様の性格・大切にされてこられた生活心情、日常の生活習慣、こだわり等具体的にご記入ください。

--

■施設生活について希望されることをご記入ください。

--

■終末期について（具体的に）ご記入ください。※事前にご家族で話し合いをお願いします

考えている	
考えていない	

※常に状況は変わるものです。ご本人の意向などお元気なうちからしっかりと話し合いをしていきたいと思っています。

■ご本人とご家族、地域の関係性をしっかりとつないでいく役割も、私たちの施設では地域活動に取り組んでいきたいと思っています。

そのためご家族様のご意見も拝聴させていただきたいと思えます。

※ご本人・ご家族様のご希望を教えてください。

1) 面会について	<input type="checkbox"/> 毎日訪問したい (してほしい) <input type="checkbox"/> 週に1回以上は訪問したい (してほしい) <input type="checkbox"/> 月に1回以上は訪問したい (してほしい) <input type="checkbox"/> なかなか訪問できないため、連絡がほしい (してほしい) <input type="checkbox"/> その他 ()
2) 地域とのかかわりについて	<p>※地域への開放された施設を目指しています。入所後は、地域の方々との交流があります。(行事や外出など)</p> <input type="checkbox"/> 地域の方との交流をしてほしい <input type="checkbox"/> 地域の方との交流は避けてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
3) 学生教育・広報活動について	<p>※介護スタッフや子どもたちの育成のために、さまざまな地域交流・学生支援を行っていきます。 インターネット(ホームページや SNS)や広報誌、実習等を通じて情報を発信していく予定です。 ご本人の許可を確認して掲載させていただく場合があります。</p> <input type="checkbox"/> 了承する <input type="checkbox"/> 了承できない <u>理由など</u> ()

ご協力ありがとうございました。

入所説明時に改めて、施設スタッフとの面談を予定しております。