

## 特別養護老人ホームわたらせ 入所申込書

施設長 殿

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

申込代理人(手続きにお見えになった方)

フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒 電話番号 ( )		

施設を利用したいので、次のとおり申込みます。

フリガナ 氏名		男・女	明大昭 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 電話番号 ( )		
介護保険	被保険者番号	要介護度 1 2 3 4 5	
認定期間	年 月 日 から 年 月 日		
健康保険	種別	記号・番号	
年金等	種別		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 利用中	病院又は施設	名称
		住所	
		入院又は入所期間	年 月 日 ~
心身状態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [主食] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 [副食] <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由	
	問題行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他( )	
	医療の状況	現在治療中の病気・特記事項	
認知症高齢者の日常生活自立度		IV以上	III      II      I      なし(自立)

利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <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であるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的な負担が大きく、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護・育児・看病をしているために十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、在宅での介護が困難であるため <input type="checkbox"/> その他( )
該当するものをすべて選んで下さい。	<b>【要介護1・2の方は以下の該当するものを選んで下さい】</b> <input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 特記事項( )

氏名 <small>主介護者をチェック</small>	続柄	年齢	職業	同居別居の別	別居の場合	
					住所	電話番号
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

利用を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ利用したい <input type="checkbox"/> 年 月頃には利用したい
-----------	--

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名 )
------	--

特記事項	
------	--

担当介護支援専門員	氏名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄	私は、利用申し込みの際し、 <input type="checkbox"/> 利用順位の決定方法 <input type="checkbox"/> 入所申込みにあたり、施設と担当介護支援専門員で情報の共有することについて施設から説明を受けました <input type="checkbox"/> 特例入所の趣旨、留意事項、意見照会の為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:
-------	--

※保険証・直近3ヶ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。