

## 特別養護老人ホーム「東部緑の苑」 入居申込書

平成 年 月 日申し込み

申込者氏名 (連絡先)	(ふりがな)	印	続柄	
住所	〒			
電話	自宅	( )	携帯電話	
	勤務先	( )	勤務先名	
入居希望者本人の同意の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 確認できない		

※□欄の項目については、該当の項目の左上の□欄に✓印等を記入してください。

特別養護老人ホーム「東部緑の苑」を利用したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	氏名	(ふりがな)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	満	歳	
			生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	
	現住所	〒 -		電話番号 ( )				
	介護保険	被保険者番号			保険者名			
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中					
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる	(ふりがな)		事業所名			
		<input type="checkbox"/> いない	担当者名					
			事業所所在地		電話 ( )			
	医療保険	(種別・記号番号)						
	年金等	(種別)				支給年額		
		(種別)				支給年額		
		(種別)				支給年額		
	生活保護受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		重度心身医療証受給		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	障害者手帳等	手帳の種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神		交付日 年 月 日				
判定		種	級	障害名				
介護サービス等の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護							
	<input type="checkbox"/> その他のサービス ( )							
	ご家族が行っている介護の内容やその期間							
<input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください)								
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム								
<input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院 (一般) <input type="checkbox"/> 病院 (療養) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
施設名または病院名 ( ) 所在市町村名 ( )								
入所又は入院した時期：平成 年 月 頃								

家族状況	主たる介護者 (ふりがな)	性別	本人との関係	年齢		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日			
		住所				
	介護の頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週3回程度 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	氏名 (家族等)	続柄	年齢	同居・別居	住所 (本人と同じ場合不要)	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ご本人の医療状況	かかりつけ医	医師名		医療機関名・診療科目		
		医療機関所在地		電話		
		病名・治療状況 (薬等)		受診方法・頻度・介助者状況		
	かかりつけ医以外の医療機関	医師名		医療機関名・診療科目		
		医療機関所在地		電話		
		病名・治療状況 (薬等)		受診方法・頻度・介助者状況		
	かかりつけ医以外の医療機関	医師名		医療機関名・診療科目		
		医療機関所在地		電話		
		病名・治療状況 (薬等)		受診方法・頻度・介助者状況		
	既往歴					
特別な医療の状況						
<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> その他 ( )						
<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他感染症 ( )						

ご本人の認知症の状況	認知症（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ）				
	※認知症がある場合、下記の項目で該当する項目のみに✓印等を記入してください。				
	暴言や暴力	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回～2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回～2回程度	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	火の始末や管理が危険	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回～2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回～2回程度	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	ろう便等の不潔行為	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回～2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回～2回程度	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	異食	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回～2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回～2回程度	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	徘徊	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回～2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回～2回程度	<input type="checkbox"/> その他（ ）
夜間不眠・昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回～2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回～2回程度	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
他の特筆すべき行動（ ）					
ご本人の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 視力に問題がある	: 具体的に			
	<input type="checkbox"/> 聴力に問題がある	: 具体的に			
	歩行…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用
	食事…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	入浴…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	トイレ… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	整容… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	介護用品等の使用…	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 補装具	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
特筆すべき生活や介護の状況（ ）					
入居希望の理由	※該当するものすべてに✓印等を記入してください。				
	<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」「障がい」「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、複数の介護や育児、又は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"/> 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"/> 経済的事由（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ	<input type="checkbox"/> 3ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 6ヶ月超 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	特記事項（具体的な事情等）				

他施設への 申し込み状況	施設名 ( ) (待機期間 年)	施設名 ( ) (待機期間 年)
説明確認及び 情報収集に関 わる同意書	<p>私は、貴施設への入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>貴施設が入居順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入居希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p>また、入居申込書提出後に、本人の介護度や生活状況、介護を受けている状況などが変わり、本入居申込書の記載内容を変更することが必要になった場合は、速やかにその旨を連絡し、施設の指示に応じます。</p> <p>なお、入居申込み後に本人の死亡、施設・病院への入所・入院その他の理由により入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>入居希望者名 <span style="float: right;">㊞</span></p> <hr/> <p>同上家族氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p>	

ご提出いただく書類

※介護保険被保険者証の写し

※要介護認定調査票及び主治医意見書の写し

※現在服用している薬の内容がわかる書類の写し（薬情書やお薬手帳など）

※直近3ヶ月間のケアプランおよびサービス利用票・別表の写し（現在、在宅でサービスをご利用の方のみご提出願います）。

個人情報の利用目的について

いただいた個人情報については、入居判定及び入居の際の基本情報として利用することとし

その他の目的で使用いたしません。

特別養護老人ホーム「東部緑の苑」

入居申込書（記載例）

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日申し込み

申込者氏名 (連絡先)	(ふりがな) <b>きたひろ しまお</b>		続柄	長男
	<b>北広 島夫</b>			
住所	〒 <b>061-1123</b> <b>北広島市朝日町4丁目4-11</b>			
電話	自宅	<b>011 (373) 8809</b>	携帯電話	<b>090-0000-0000</b>
	勤務先	<b>011 (376) 8686</b>	勤務先名	<b>社会福祉法人北ひろしま福祉会</b>
入居希望者本人の同意の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 確認できない		

※□欄の項目については、該当の項目の左上の□欄に✓印等を記入してください。

特別養護老人ホーム「東部緑の苑」を利用したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	氏名	(ふりがな) <b>きたひろ しまぞう</b>	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	満 <b>82</b> 歳	
		<b>北広 島蔵</b>	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <b>5</b> 年 <b>7</b> 月 <b>7</b> 日			
	現住所	〒 <b>061 - 1112</b> <b>北広島市共栄276番地</b>		電話番号 <b>011 (373) 8672</b>			
	介護保険	被保険者番号	<b>0000000000</b>	保険者名	<b>〇〇市</b>		
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
		認定期間	<b>平成24年5月1日 ~ 平成26年4月30日</b> <input type="checkbox"/> 申請中				
	担当ケアマネージャー	<input checked="" type="checkbox"/> いる	(ふりがな) <b>〇〇 〇〇</b>	事業所名			
		<input type="checkbox"/> いない	担当者名 <b>〇〇 〇〇</b>	<b>〇〇指定居宅介護支援事業所</b>			
			事業所所在地 <b>北広島市〇〇</b>	電話 <b>000 (000) 8672</b>			
	医療保険	(種別・記号番号)	<b>国民健康保険</b>				
	年金等	(種別)	<b>厚生年金(老齢)</b>	支給年額	<b>1500000円</b>		
		(種別)		支給年額			
		(種別)		支給年額			
生活保護受給	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		重度心身医療証受給	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
障害者手帳等	手帳の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	交付日	<b>平成〇〇年 〇 月 〇 日</b>			
	判定	<b>〇種 〇級</b>	障害名	<b>脳梗塞による左上下肢の著しい機能障害により起立歩行困難</b>			
介護サービス等の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている						
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護						
	<input type="checkbox"/> その他のサービス ( )						
	ご家族が行っている介護の内容やその期間	<b>サービス利用時以外は、妻がおむつの交換、食事の介助、家事全般を行っている。</b>					
<input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
施設名または病院名 ( ) 所在市町村名 ( )							
入所又は入院した時期：平成 年 月 頃							

主たる介護者	(ふりがな) <b>きたひろ しまこ</b>	性別	本人との関係	<b>妻</b>	年齢	<b>85</b>
	<b>北広 島子</b>	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	<b>3年 3月 3日</b>	
		住所	<b>北広島市共栄276番地</b>			
	介護の頻度	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週3回程度 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	氏名 (家族等)	続柄	年齢	同居・別居	住所 (本人と同じ場合不要)	
	<b>北広 島夫</b>	<b>長男</b>	<b>50</b>	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<b>北広島市朝日町4丁目4-11</b>	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
ご本人の医療状況	かかりつけ医	医師名	<b>〇〇 〇〇</b>			
		医療機関名・診療科目	<b>〇〇病院 内科</b>			
		医療機関所在地	電話			
	<b>北広島市〇〇町〇〇番地</b>	<b>000-000-0000</b>				
	病名・治療状況 (薬等)	受診方法・頻度・介助者状況				
	<b>高血圧症 内服治療</b>	<b>自家用車にて2週間に1回長男が同行している。</b>				
	かかりつけ医以外の医療機関	医師名	<b>〇〇 〇〇</b>			
		医療機関名・診療科目	<b>〇〇病院 眼科</b>			
		医療機関所在地	電話			
	<b>北広島市〇〇町〇〇番地</b>	<b>000-000-0000</b>				
病名・治療状況 (薬等)	受診方法・頻度・介助者状況					
<b>白内障 点眼治療</b>	<b>自家用車にて2週間に1回長男が同行している。</b>					
かかりつけ医以外の医療機関	医師名	医療機関名・診療科目				
	医療機関所在地	電話				
	病名・治療状況 (薬等)	受診方法・頻度・介助者状況				
既往歴	<b>10年前に脳梗塞発症し、左半身が麻痺している。</b>					
特別な医療の状況						
<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>バルーンカテーテル留置</b> )						
<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他感染症 ( )						

ご本人の認知症の状況	認知症 ( <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )				
	※認知症がある場合、下記の項目で該当する項目のみに✓印等を記入してください。				
	暴言や暴力	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回~2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回~2回程度	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	火の始末や管理が危険	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回~2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回~2回程度	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	ろう便等の不潔行為	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回~2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回~2回程度	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	異食	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回~2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回~2回程度	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	徘徊	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回~2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回~2回程度	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (過去に1回)
夜間不眠・昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回~2回程度	<input type="checkbox"/> 月1回~2回程度	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
他の特筆すべき行動 ( 記憶力が低下しているため、食べたことをすぐ忘れてしまって怒り出すので困っている。 )					
ご本人の日常生活状況	<input checked="" type="checkbox"/> 視力に問題がある	: 具体的に 白内障のため見えづらい、メガネを使用している。			
	<input type="checkbox"/> 聴力に問題がある	: 具体的に			
	歩行…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input checked="" type="checkbox"/> 車いすを使用
	食事…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	入浴…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	トイレ… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	更衣…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	整容… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	介護用品等の使用…	<input checked="" type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 補装具	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
特筆すべき生活や介護の状況 ( )					
入居希望の理由	※該当するものすべてに✓印等を記入してください。				
	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障がい」「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、複数の介護や育児、又は就労していることから、十分な介護が困難なため <input checked="" 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"/> 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"/> 経済的事由 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	入居希望時期 <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月超 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	特記事項 (具体的な事情等) 介護者である妻は、高齢で狭心症の治療をしています。このため身体に大きな負担がかかっており在宅生活の継続が困難になっており、入居を希望します。				

他施設への 申し込み状況	施設名 (〇〇〇荘) (待機期間 3年)	施設名 (〇〇〇ホーム) (待機期間 1年)
説明確認及び 情報収集に関 わる同意書	<p>私は、貴施設への入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>貴施設が入居順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入居希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p>また、入居申込書提出後に、本人の介護度や生活状況、介護を受けている状況などが変わり、本入居申込書の記載内容を変更することが必要になった場合は、速やかにその旨を連絡し、施設の指示に応じます。</p> <p>なお、入居申込み後に本人の死亡、施設・病院への入所・入院その他の理由により入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>入居希望者名 <span style="float: right;">⑩</span></p> <hr/> <p>同上家族氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p>	

ご提出いただく書類

※介護保険被保険者証の写し

※要介護認定調査票及び主治医意見書の写し

※直近3ヶ月間のケアプランおよびサービス利用票・別表の写し（現在、在宅でサービスをご利用の方のみ

※直近3ヶ月間のケアプランおよびサービス利用票・別表の写し（現在、在宅でサービスをご利用の方のみ  
ご提出願います）。

個人情報の利用目的について

いただいた個人情報については、入居判定及び入居の際の基本情報として利用することとし

その他の目的で使用いたしません。