

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) **コミュニティホームくぬぎ山 入居申込書**

＜入所申し込みをされる前にお読みください＞

※この申込書に記入された内容については、入所待機の管理

および入所判定以外の目的には使用しません。

※後にご本人やご家族(介護者)の状況に変動があった場合は、必ずご連絡ください。

※今後、郵便物などは、この連絡先にお送りします。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

申込者 (連絡先)	フリガナ		年齢	続柄	
	氏名				
	住所	〒	連絡先	自宅:	
			携帯:		
			その他:		

● 入所を希望される方についてご記入ください。(該当するものを○で囲んでください)

入所希望者	フリガナ		性別	
	氏名		男	女
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (才)		
	現住所	〒		
要介護状態区分	要介護 3・4・5	有効期間	鎌ヶ谷市発行	
	要介護 1・2		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	鎌ヶ谷市以外が発行()
介護保険 負担限度額認定証	1・2・3・4 段階	居室形態	ユニット型個室	従来型多床室

入所希望理由	<p>※入所申し込みができるのは、原則として要介護3以上の方です。 (要介護1・2の方は、入所を必要とするやむを得ない理由がある場合のみ申し込みが可能です)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者がいないため(独り暮らし)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢者」「障害」「疾病」等により十分な介護が難しいため</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、十分な介護が難しいため</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が難しいため</p> <p><input type="checkbox"/> 住まいの環境の事情により、十分な介護が難しいため</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・退院を求められているが、自宅での介護が難しいため</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>			
	<p>* 該当する項目の□に☑をつけてください</p> <p>複数該当する場合は、全てに☑をつけてください</p>	<p>※要介護 1・2 の方は、以下の中から該当する□に☑をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症のため、日常生活に支障があるような症状・行動や意思疎通の困難な状態が頻繁にある。</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害や精神障害のため、日常生活に支障がある等の症状・行動や意思疎通が困難な状態が頻繁にある。</p> <p><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・安心の確保が難しい。</p> <p><input type="checkbox"/> 独り暮らしや同居の家族が高齢・障害・病気等により家族等による支援が期待できず、地域での介護サービスや支援も十分に整っていない。</p>		

◎本人の家族構成

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		

様式1-2

● 引き続き、入所を希望される方についてご記入ください。(該当するものを○で囲んでください)

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム その他()		
施設・病院等の名称	病院・施設の名称		
及び入所・入院期間	入院・入所の予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日頃まで		
病歴	【現在治療中の病気】	【過去に治療した病気】	
現在必要な医療の状況	<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"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他()		
かかりつけの医療機関等	医療機関名		
	電話番号		
	医療機関所在地		
	主治医氏名		
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民年金・厚生年金・共済年金・その他)収入のみ ➡ <input type="checkbox"/> 年金収入とその他の収入がある ➡ <input type="checkbox"/> 年金収入はなく、その他の収入(仕送り含む)のみ ➡ <input type="checkbox"/> 生活保護受給中 ➡		おおよその月額を記入してください 円
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所したい(年 月頃までに) <input type="checkbox"/> その他()	居室の希望タイプ	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも可
他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ <input type="checkbox"/> 申込み済み:施設名() <input type="checkbox"/> 申込み予定:施設名()		

● ここからは、主に介護をしている方についてお伺いします。(該当するものを○で囲んでください)

主介護者の状況	フリガナ			年齢		続柄	
	氏名						
【同居・別居】	下の項目に○をつけてください	障害及び疾病	無・有()				
		就労	無・有(職種等)(日/週、 時間/日)				
* 該当する項目の□に☑をつけてください	介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし					
	介護の関与	<input type="checkbox"/> 介護に関われない <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通					
	育児・他の介護看病がある	無・有(常時・半日程度・臨時程度・その他)					
	他の要介護者	無・有(要介護 1・2・3・4・5)					※要支援は要介護1相当
	その他						
世帯の構成	<input type="checkbox"/> 60歳以上のみの世帯 <input type="checkbox"/> 70歳以上のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他						
* 該当する項目の□に☑をつけてください	介護協力者	1日2時間程度の関わりが(続柄)	<input type="checkbox"/> 随時あり(1~3回/週) <input type="checkbox"/> 常時あり(4回以上/週)		(内容)		
	他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 殆どなし <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 常時					
	別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> 殆どなし <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 常時					
	近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> 殆どなし <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 常時					
在宅で介護するのが難しい理由							

指定介護老人福祉施設 コミュニティホームくぬぎ山 施設長 殿

貴施設に入居を希望するため、申し込みます。

貴施設が入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者等から情報提供を受けることに同意します。

本入居申し込みの内容を該当保険者に提供することに同意します。

令和 年 月 日	入所申込者 又は申込代理者氏名	印
----------	--------------------	---