

(様式1)

入 所 申 込 書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
※ 受付後5年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

(葉山・逗子共通)

施設長 殿

申込者 (連絡先)

入所を希望する施設	住 所	〒 _____	入所希望者との続柄	電 話 番 号
葉山清寿苑				
逗子清寿苑	(フリガナ) 氏 名			()

※ 両施設ご希望の場合、各施設でお申込書を管理させていただきますので、記載内容に変更がありました場合、両施設へご連絡をお願いいたします。

※ 状況確認や、申し込みの再調査についても各施設からご連絡をさせていただきますのでご了承ください。

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		住民登録	市・区・町・村	
	現 住 所	〒 _____			
		電 話			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
	健康保険	種 別	国保 社保 後期高齢者 生活保護 その他 ()		
	介護保険	被保険者番号			
	要介護認定	要介護 <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			
		<p>【要介護1、要介護2の方へ】</p> <p>要介護1又は2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由が認められることが必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる</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・安心の確保が困難である。</p> <p><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。</p> <p>という事情がある場合にはそうした事情が分かるように下記及び次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載して下さい。</p>			
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所（入院）している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所（入居）している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている （施設に入所（入居・入院）している場合）				
	施設名又は病院名 (所在地)	_____ 市・区・町・村			
	入所又は入院期間	年 月 日 ~			

※ 氏名・生年月日・被保険者番号・要介護度については被保険者証を確認頂き正確にご記入ください

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()
	*1 該当するものをすべて選んでください。	
	*2 []内に事業者名を記入してください。	
身体状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 (食事の種類) <input type="checkbox"/> 見守り(むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 (副食) <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> (排泄の拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 (歩行) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	<input type="checkbox"/> 補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。	
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする <input type="checkbox"/> 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。	

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年くらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 一年くらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要な時に入所したい
	他施設の申込み状況	<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) _____ _____

担当ケアマネジャー	氏名	_____	連絡先	電話 ()
	事業所名	_____		

備考	<p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	--

おねがい 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。

同意確認欄	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 入所申込書に関する情報について、市町村または県から情報把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 ◆ 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申し込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 ◆ 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状居を把握することが出来ない場合には本申し込みを無効にすることについて同意します。 <p style="text-align: center;">入所希望者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">申込者氏名 _____</p>
-------	--

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所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 style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日 氏名 ()</p>
-------	---