

(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

施設長 殿

申込者（連絡先）

住 所	〒		
(フリガナ) 氏 名	続柄	自宅電話 ()	携帯電話 ()

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

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			記号・番号								
	年 金 等	種 別											
	障害手帳等	☐ 有 ☐ 無 手帳の種類 (判定 級(度) 年 月 日)											
	介 護 保 険	被保険者番号											
	要介護認定	☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5											
		【要介護 1、要介護 2 の方へ】 要介護 1 又は要介護 2 の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 以下のうち、該当すると思われる項目に印を付けてください。（複数可）。 ☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 ☐ 認知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 ☐ 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、 ☐ 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、かつ、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。 ※該当すると思われる項目については、詳細について伺う必要がありますので、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。											
(認定期間) 年 月 日～ 年 月 日													
現在利用している施設サービス等	☐ 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 ☐ 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 ☐ 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院)している場合) <table><tr><td>施設名又は病院名 (所 在 地)</td><td>市・区・町・村</td></tr><tr><td>入所又は入院期間</td><td>年 月 日～</td></tr></table>									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～
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、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入 所 希 望 者 の 状 況	現在利用している居宅サービス	☐ 訪問介護 (月に 回程度) [] ☐ 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] ☐ 訪問看護 (月に 回程度) [] ☐ 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] ☐ 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] ☐ 通所介護 (月に 回程度) [] ☐ 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] ☐ 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] ☐ 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] ☐ 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] ☐ 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] ☐ 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] ☐ 福祉用具の貸与・購入費支給 ☐ 住宅改修費の支給 ☐ 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 的 状 況	食 事 取 扱	☐ 自 立 ☐ 見守り（むせる・むせない） ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 （食事の種類）（主食） ☐ 常食 ☐ 半粥 ☐ 全粥 ☐ ミキサー （副食） ☐ 常食 ☐ 刻み ☐ ミキサー
	排 泄	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 （おむつの使用） ☐ なし ☐ 昼夜 ☐ 夜のみ （排せつの拒絶） ☐ 有 ☐ 無
	入 浴	☐ 自 立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助
	更 衣	☐ 自 立 ☐ 見 守 り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助
	移 動	☐ 自 立 ☐ 見 守 り ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 （歩 行） ☐ つかまり歩き ☐ 杖使用 ☐ 車いす ☐ 寝たきり
	視 力	☐ 普 通 ☐ やや悪い ☐ 人の動きがわかる程度 ☐ ほとんど見えない
	聴 力	☐ 普 通 ☐ やや悪い ☐ 大声が聞き取れる ☐ ほとんど聞こえない
	言 語	☐ 普 通 ☐ 聞き取りにくい ☐ 聞き取れない
	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	☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 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。	

入 所 希 望 者 の 状 況	医療的処置	☐ カテーテル ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 経管栄養（鼻腔・胃ろう） ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 疼痛看護 ☐ その他（ （現在治療中の病気）																																					
	* 該当するものをすべて選んでください。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th><th style="width: 30%;">入院・通院病院</th><th style="width: 40%;">期 間</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td>年 月～</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td>年 月～</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td>年 月～</td></tr> <tr> <td>内服薬</td><td colspan="2"> </td></tr> <tr> <td>感染症</td><td colspan="2"> </td></tr> <tr> <td colspan="3">(既往症)</td></tr> <tr> <td>病名</td><td>入院・通院病院</td><td>期 間</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td>年 月～ 年 月</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td>年 月～ 年 月</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td>年 月～ 年 月</td></tr> </tbody> </table>					病名	入院・通院病院	期 間			年 月～			年 月～			年 月～	内服薬			感染症			(既往症)			病名	入院・通院病院	期 間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月
	病名	入院・通院病院	期 間																																				
			年 月～																																				
		年 月～																																					
		年 月～																																					
内服薬																																							
感染症																																							
(既往症)																																							
病名	入院・通院病院	期 間																																					
		年 月～ 年 月																																					
		年 月～ 年 月																																					
		年 月～ 年 月																																					
入所希望者の意向（入所希望者が申し込んでいる場合を除く）	☐ 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している ☐ 入所希望者は在宅での生活を希望している ☐ 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない ☐ その他（)																																						
家 族 や 住 居 等 の 状 況	入所を希望する理由	☐ 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない ☐ 家族等が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない ☐ 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きい																																					
	* 該当するものをすべて選んでください。	☐ 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 ☐ 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、十分な介護が困難																																					
		☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 ☐ 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 ☐ その他（具体的に記載してください。）																																					
		[]																																					
主 な 介 護 者	(フリガナ)		性 別	年齢／生年月日	(歳)																																		
	氏 名		男 ・ 女	明・大・昭	年 月 日																																		
	同居の区分	☐ 同居 ☐ 別居 住所 〒 電話 ()																																					
	入所希望者との関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他()																																					
	他の介護者	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 兄弟姉妹 ☐ いない																																					
	意見	(介護をしている上で特に困っていること) 																																					

その他	入所を希望する時期	☐ 今すぐ入所したい ☐ 半年ぐらい先には入所したい ☐ 1年ぐらい先には入所したい ☐ 将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設の申込み状況	☐ 当該施設にのみ申し込んでいる ☐ 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	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。 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
----	--

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、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	☐ 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況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況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 入所希望者氏名 印 申 込 者 氏 名 印
-------	--

説明確認欄	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。 (本人との続柄) () 年 月 日 氏 名
-------	---

入所ご案内

現在満床ですが、申し込みは随時受け付けております。

日々の生活に何らかの介助を必要とする、高齢者の生活支援サービスを提供する施設です。
明るく家庭的な雰囲気の中、多数の専門職員が生活を支えます。

●入所対象者

施設入所は、要介護3から要介護5までの方のほか、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あることによる要介護1又は要介護2の方の特例的な施設入所に限られます。

ただし、健康状態などから施設での生活が難しいと思われる方はお断りすることがあります。(医療依存度の高い方)

※医療処置がある方の受入れ状況は、秦野市が提供している特養パンフレットでもご確認ください。

(やむを得ない事由)

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる
- ③ 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
- ④ 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、かつ、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

●入所申し込みからサービス利用まで

- ①相談・面接・・・ まず、電話にてご相談ください。(パブリックスペースのみ施設見学も受け付けております。)

入所申し込みを希望される場合には、申込書を取りに来ていただくか、ホームページにてダウンロードしてお使いください。どちらも難しい方は、お電話にてご相談ください。

- ②入所申し込み・・・ 申込書に必要事項をご記入後、ご連絡ください。お話を伺いますので来所いただく日程を調整させていただきます。(平日での面接となります)
- 確認のため、介護保険証(コピー可)、サービス利用表をご持参ください。

※郵送での申し込みの受付は行っておりません。必ずご来所ください。

- ③入所の決定・・・ 要介護度、介護者の状況など勘案項目の合計点数の高い順に入所優先順位を決定します。
- ※介護の必要性、緊急性などを入所検討委員会で検討し、入所順位が変わることがあります。
- ④入所手続き・・・ 順番が上がってくると、再度意向確認を行い、入所意向ある場合には状態確認に伺います。
- その後、当施設規定の入所契約書により、契約を締結します。

お問い合わせ先
寿湘ヶ丘老人ホーム
TEL: 0463-88-4150