

# 特別養護老人ホーム恵愛荘入所申込書

施設長 殿

	申 込 日	令和 年 月 日
	受付職員 <sup>㊟</sup>	

申込代理人  
(手続きにお見えになった方)

フリガナ		続 柄	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号 ( )		

施設を利用したいので、次のとおり申し込みます

フリガナ		男	明	年	月	日	生 ( 歳)			
氏 名		女	大昭							
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	申請中	
認定期間	年 月 日 ~			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	病院又は	名称							
	<input type="checkbox"/> 入所中	施設	住所							
	<input type="checkbox"/> 入院中	入院又は利用期間		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	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 杖			
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> バルーン	<input type="checkbox"/> 人工肛門				
		<input type="checkbox"/> おむつ使用	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用	<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	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> インスリン			
		[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	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用	<input type="checkbox"/> コンタクト使用				
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 補聴器使用・ 右耳 ・ 左耳 ・ 両方					
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 状 況	既往歴・現在治療中の病気・特記事項									
か かり つ け				先生		科				
医 療 機 関				先生		科				
認 知 症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ						
担当ケアマネージャー又は市役所でご確認ください。(主治医意見書の写し添付)										

利用を希望する理由  該当するものをすべて選んでください	<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（ <span style="float:right">）</span> 【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください】 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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 <input type="checkbox"/> 特記事項（ <span style="float:right">）</span>																																																
家族の状況	<table border="1"> <tr> <td style="text-align:center">氏名</td> <td style="text-align:center">続柄</td> <td style="text-align:center">生年月日</td> <td style="text-align:center">職業</td> <td style="text-align:center">同居 別居</td> <td style="text-align:center">住所</td> <td style="text-align:center">電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="7">主介護者をチェック</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	氏名	続柄	生年月日	職業	同居 別居	住所	電話番号	主介護者をチェック							<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								
氏名	続柄	生年月日	職業	同居 別居	住所	電話番号																																											
主介護者をチェック																																																	
<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 月頃までには利用したい																																																
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込している <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みをしている (他の施設名 <span style="float:right">)</span>																																																
予防接種	インフルエンザワクチン	令和 年 月 日				・ 未実施																																											
	コロナウイルスワクチン	回目 令和 年 月 日				・ 未実施																																											
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"/> 特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のため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：																																																
※保険者証・直近3カ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																																																	

# 【介護されていらっしゃる方の状況をお知らせください】

## 1. 主たる介護者の年齢

- (1) 介護者が75歳以上、または入所希望者が単身生活者
- (2) 65歳以上
- (3) 60歳以上
- (4) 60歳未満

## 2. 主たる介護者の障害・疾病の状況

- (1) 介護困難、または入所希望者が単身生活者
- (2) 多少介護可能
- (3) 介護可能

## 3. 主たる介護者の就労状況

- (1) 8時間以上または高齢で就労不能、または入所希望者が単身生活者
- (2) 4時間以上8時間未満
- (3) 4時間未満

## 4. 主たる介護者の育児・家族の病気

- (1) 常時育児・看病が必要、または入所希望者が単身生活者か高齢者のみ（65歳以上）の世帯
- (2) 半日程度育児・看病が必要
- (3) 随時育児・看病が必要

## 5. 他の同居者の介護補助

- (1) ほとんど無し、または入所希望者が単身生活者
- (2) 随時あり
- (3) 常時あり

## 6. 別居している血縁者による介護の可能性

- (1) ほとんど無し
- (2) 随時あり（週1～3回程度）
- (3) 常時あり（週4回程度以上）

1	2	3	4	5	6	合計