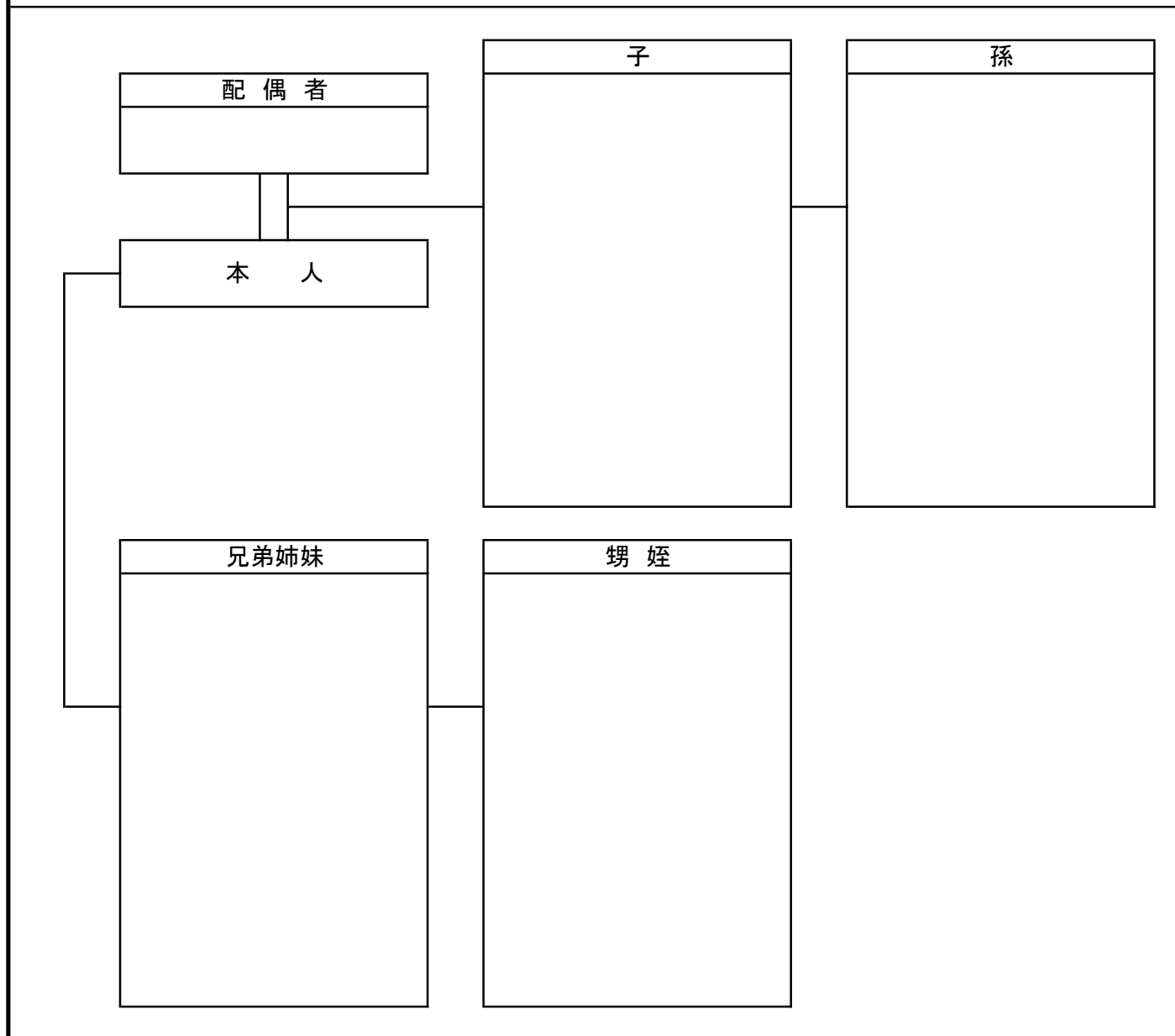


入所希望者の親族の状況

同居の家族(*入所希望者ご本人については記入不要です。)					
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況



ユニット型指定介護老人福祉施設入居申込書
(特別養護老人ホーム)

施設名 **特別養護老人ホーム 希望の郷 施設長 様**
 入居を希望しますので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
受付者	

入所希望者	ふりがな		性	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
	氏名		別			
	住所	〒 - (TEL - -) (FAX - -)				
	被保険者番号			要介護度	1 2 3 4 5	
	保険者番号			保健者名		
	初回要介護認定年月日	平成 年 月 日		認定の有効期間	~ 年 月 日	
	認定審査会の意見等					

*上記(初回要介護認定年月日以外)は、入所希望者様の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 - (TEL - -) (FAX - -)	
	ふりがな		入所希望者との続柄
	氏名		
連絡先	住所	〒 - (TEL - -) (FAX - -)	
	ふりがな		入所希望者との続柄
	氏名		

*申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。	
	既に申し込んだ施設名	() ()
		() ()
	申し込み予定施設名	() ()
		() ()

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。 また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに合意します。 令和 年 月 日 氏名 ()
-------	---

入所希望者等の状況

* 該当するものに、レ印のうえ、その状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 ()				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入所を希望する理由 (該当するものをいくつか選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療に関する状況	(特別な医療的対応)				
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	(現在治療中の病気等)				
認知症等による行動障害 (行動障害の起きる頻度にもレ印を付けてください)	(その他健康状態に関する特記事項)				
	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度				
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えない

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな	性 別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	続柄
	氏名					
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所) 入所希望者宅までの所要時間(分)				
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)				
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 () ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 () ・要入院加療 (か月程度・病名)				
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障がい有 (級・障がいの種類:) <input type="checkbox"/> 無				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無				
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる (子どもの年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病(付き添い)に必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護に必要な家族がいる (要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 介護に必要な障がい有する家族がいる (級・種類:)				
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外に協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない					
【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください】						

* 申込書に添えて提出する書類
 1 入所希望者の介護保険被保険者証 (写)
 2 直近のサービス利用表及び別表 (写) …… 現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄