

## 特別養護老人ホームパインスクエア 入所申込書 (1/3)

パインスクエア 施設長 殿

申込年月日		年 月 日			
本人	フリガナ			明治・大正・昭和	
	氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)		性別 男・女
	住所	郵便番号( - )		電話番号	( )
家族・申込者	フリガナ				
	氏名	続柄	備考		
	住所	郵便番号( - )		携帯番号	( )
				電話番号	( )
職業・勤務先			電話番号	( )	
居宅介護 支援事業者	事業所名			事業者番号	
	所在地	郵便番号( - )		電話番号	( )
	フリガナ 担当者名	備考			
入院・入所先	施設名			施設種別	
	所在地	郵便番号( - )		電話番号	( )
	フリガナ 担当者名	備考			
かかりつけ医	病院名			病名	
他施設申込状況	施設名1			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)	
	施設名2			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)	
	施設名3			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)	

**【説明確認及び同意書】**

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認する事に同意します。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

施設記入	担当者名			職種	施設長・相談員・ケアマネ・その他( )	
	受付番号			受付年月日	年 月 日	
	備考					

## 入 所 申 込 書 (2/3)

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
被保険者	市・区・町・村	認定日	年 月 日
介護者の状況	(口内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない ( <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1~5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。	
入所者本人の状況	(口内は該当項目にチェック) 現在の住居及び介護サービスの利用状況	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(口従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他( ) 2. 病院 (病院名: _____ 入院: 平成・令和 年 月 日から) (病名: _____) 3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( <input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( <input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス	
特例入所要件の有無	有 (詳細は別紙「特例入所申込書」のとおり) ・ 無		
その他	既往歴等について詳しくご記入下さい		

## 入 所 申 込 書 (3/3)

入 所 希 望 者 の 状 況	身 体 の 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の種類(主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(胃瘻)
		摂 取	(副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー
		排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オシメ使用    ( 夜間のみ・昼夜共 ) <input type="checkbox"/> 紙パンツ使用    ( 夜間のみ・昼夜共 )
		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 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <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"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えな
		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
		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
		義 歯	<input type="checkbox"/> 有り ( 上・下 ) <input type="checkbox"/> 無し ( 自歯・使用していない )
身長・体重		身長 (                      cm)                      体重 (                      kg )	
※その他補足すべき身体の状態について、具体的に記載して下さい。			
入 所 希 望 者 の 状 況	認 知 症 ・ 精 神 の 症 状 ①	<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出来る。 <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、専門治療を必要とする。	
	認 知 症 ・ 精 神 の 症 状 ②	自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、暴言、暴力、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。  <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	