

# 特別養護老人ホーム( あかびらエルムハイツ 赤平愛真ホーム) 入居申込書

施設長 様

上記、入所希望の施設に片方または両方に  印を入れ

右の書類を添えて、次の通り申し込みます。

(今後、郵便物などは以下の連絡先にお送りさせていただきます。)

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

**添付書類(いずれも写し)**  
 ①認定調査票か介護認定審査資料  
 ②介護保険 被保険者証  
 ③主治医の意見書

申込者・連絡先	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所	〒 _____			
	連絡先優先する方に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 電話番号 :	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ	<input type="checkbox"/> 夜間のみ
	<input type="checkbox"/> 携帯電話 :	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ	<input type="checkbox"/> 夜間のみ	

入居希望者の状況	フリガナ		性別	保険者		
	氏名			認知症高齢者自立度		
				被保険者番号		
	生年月日(西暦)	( ) 年 月 日 ( ) 歳	要介護度			
			要介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	現住所	〒 _____ ☎ ( ) _____				
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている <b>※「施設や病院等」に入っている方は下記もご記入ください。</b> ◇施設名又は病院名 : _____ ◇所在地(市町村名のみ) : _____ ◇入所又は入院時期 : _____ 年 月 から入所・入院している				
	介護者等の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居			
		介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない			
		介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)			
		介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)			
		介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)			
	生活・経済状況	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)			
		待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけはない ◇入所(院)中で退所(院)の働きかけがある(下記イ~エ) ( <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> オ. 自宅等(高齢者協同住宅を含む)			
		在宅サービス利用率(または利用回数)	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上 ※利用率が分からない場合、下記をご記入ください。			
①訪問介護、(入浴含む)、訪問リハビリ、夜間対応型訪問介護(いわゆるホームヘルパー)			月に	回程度		
②訪問看護、居宅療養管理指導			月に	回程度		
③通所介護(認知症対応型含む)、通所リハビリ(いわゆるデイサービスやデイケア)	月に		回程度			
④短期入所生活介護、療養介護(いわゆるショートステイ)	月に		回程度			
⑤小規模多機能型居宅介護	月に	回程度				
在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している(理由: _____)					
保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階 ※第1段階...生活保護受給者 第2...非課税世帯で所得が80万円以下 第3...第2と同等で所得が80万円以上 第4...世帯の誰かが課税で本人は非課税、所得が80万円以下 第5...第4と同等で所得が80万円以上					
住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない					

入居希望時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい		<input type="checkbox"/> 頃までに入居したい		
医療の状況	現在の処置	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射(糖尿病) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 定期的な注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ペースメーカー(心臓) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	現在治療中の病気・けが	※病名が分からないときは悪い個所を記入ください。(例)心臓が悪い、肺が悪い				
	既往症	※可能であれば発症、けがをされた時期もご記入ください。				
	生活歴	※ご出生、学歴、職歴、結婚歴、子供などご家族状況、その他ご記入ください。				
	受診医療機関 お薬処方先	病院名 ( ) 病院、 ( ) 病院		薬局名 ( ) 薬局、 ( ) 薬局		
申込状況		<input type="checkbox"/> 当法人施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 ◇ 今後申し込む予定の他の施設名				
入所希望部屋タイプ		<input type="checkbox"/> 従来型多床室(4名部屋) <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> 指定なし				
主たる介護者	(フリガナ)		性別	入居希望者との関係		
	氏名			生年月日	年 月 日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (別居の場合の住所: )				
入居申し込み理由 および介護の問題点など						
居宅介護支援事業所		事業所名 : 電話番号 : 担当ケアマネージャー :				
施設・病院担当 医療ソーシャルワーカー (相談員)		施設・病院名 : 電話番号 : 担当相談員 :				

**【資料お預かりに対する遵守事項について】**

- ①ご提出いただきました資料は、入所判定資料以外の目的での使用、複写および複製はいたしません。
- ②資料の取扱いについては厳重に管理し、資料を所有する必要がなくなった場合は、速やかにご返却または処分いたします。
- ③その他資料の使用および取扱いにつきましては、個人情報保護法等に係る関係法令を遵守いたします。

- この申込書の有効期限は、受付日から3年後の同一月の月末までとさせていただきます。引き続き入所をご希望される場合は、お手数ですが有効期限が到来する前に、再度入所申込書をご提出ください。
- 要介護度やご連絡先など、ご記入内容に変更がございましたら、必ずご連絡ください。
- 他の施設への入所やお亡くなりになった場合などで申し込みをお取消になる場合は、必ずご連絡ください。

**※本申込書は、コピーをお取りいただくなどしてお手元にも保管いただけますようお願い申し上げます。**