

特別養護老人ホームれんげの郷(アネックス共通) 入所申込書

						整理番号	—						
申込日	令和	年	月	日	受付日	令和	年	月	日	受付時間	AM・PM	時	分

※受付後5年間保存します。

施設長 殿

申込者(連絡先)

住所	〒	—	都道府県
(フリガナ)		市区町村	
氏名		電話番号	
		携帯電話	

特別養護老人ホーム れんげの郷に入所したいので、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	地域性	
	氏名		住民登録	市区町村		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳
	現住所	〒	—	都道府県	年齢	
			市区町村			
	電話番号	—	—			
	健康保険	種別	政管健保、国保、共済、後期高齢者医療証 組合健保、国保組合、()	記号 番号		
	年金等	種別	厚生年金(老齢・遺族・障害) 共済年金(老齢・遺族・障害) 国民年金(老齢・遺族・障害) その他()	年金額	年約	万円
	障害手帳等		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 (障害名) (判定 級(度) 年 月 日)			
	介護保険		被保険者番号	保険者番号	保険者名(市町村名)	
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				要介護度	
要介護認定	【要介護1又は要介護2の方へ】 要介護1又は2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことに伴ってやむを得ない事由があると認めらるる必要があります。 ①認知症であるものであって、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。 以上の①～④の事情がある場合には、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内容を記載してください。					

		<hr/> <hr/> <hr/>																								
入所希望者の状況	認知症精神の症状	<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できる <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、攻撃的行動の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻繁度を具体的に記載。 <hr/> <hr/> <hr/>	特記事項 認知症症状による問題行動																							
	医療的処置	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注 <input type="checkbox"/> その他()例・床ずれなど (現在治療中の病気) <table border="1" data-bbox="367 974 1420 1176"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> (既往症) <table border="1" data-bbox="367 1220 1420 1422"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	病名	入院・通院病院	期間										病名	入院・通院病院	期間									
病名	入院・通院病院	期間																								
病名	入院・通院病院	期間																								
	入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他()																								
家族や住居等の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的、精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居のトイレ、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 <input type="checkbox"/> 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																								

状況	介護が困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載してください。) []						
家族や住居等の状況	主な介護者		(フリガナ)	性別	年齢/生年月日 (歳)		
	氏名		男・女		年 月 日		
	同居の区分		<input type="checkbox"/> 同居(申込者と同一の場合省略) <input type="checkbox"/> 別居 〒 (電話番号) 住所				
	入所希望者との関係		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	他の介護者		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない				
	意見		(介護をしているうえで特に困っていること)				
	被介護者(ご本人)と生計を共にしているご家族の状況		(フリガナ)	続柄	年齢	介護協力 可・否	否の理由
	住所		(同居の場合は不要)				3. 自営の為 4. その他
	電話		FAX				
	(フリガナ)		続柄	年齢	介護協力 可・否	否の理由	
	氏名						1. 健康上 2. 就労上
	住所		(同居の場合は不要)				3. 自営の為 4. その他
	電話		FAX				
	(フリガナ)		続柄	年齢	介護協力 可・否	否の理由	
	氏名						1. 健康上 2. 就労上
住所		(同居の場合は不要)				3. 自営の為 4. その他	
電話		FAX					
入所を希望する時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらいさきには入所したい					

説明確認欄	<p>私は、入所申し込みの際し、入所申し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、説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(氏 名) (本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日 _____ ()</p>
お願い	<p>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、必ず当施設に連絡してください。</p>