

(様式1)

### はまゆうの里 入居申込書

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

特別養護老人ホーム はまゆうの里 施設長 殿  
 申込者

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 大 昭 平 年 月 日 ( 歳) 希望者との関係 \_\_\_\_\_

申込者住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

※印の所とは、点数になりますので、必ず記入をお願いします。

入所希望者の状況	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女
	氏 名		電 話 番 号	( )
	現 住 所	〒 _____		
	※ 生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	年 金 等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/>		年金額 _____
	介 護 保 険	被保険者番号 _____		
	※ 要 介 護 認 定	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 ( 特例入所 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ) ( 認定期間 ) 年 月 日 ~ 年 月 日		
入所希望者の状況	現在の居住地	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 家族の家・病院・施設などで生活している。 入院・入所している場合は、その名称を記入して下さい。 _____ 入院・入所期間 平成 年 月 日 ~		
	※現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 在宅サービスは利用していない。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) { _____ } <input type="checkbox"/> その他 ( )		
入所希望者の状況	※認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 認知症・精神症状はない。 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 (夜間の興奮, 幻覚, 精神錯乱) <input type="checkbox"/> 家族・知人を混同するなど人を間違える <input type="checkbox"/> 失見当識 (場所がわからなくなる) <input type="checkbox"/> 邪推がひどく, 事実でないことを事実と思い込む <input type="checkbox"/> 物忘れがひどく, 食事・荷物の場所等を忘れてしまったりする <input type="checkbox"/> 火器やマッチ等, 火の不始末がある <input type="checkbox"/> 聞こえているが相手の言うことが理解できない		

	<input type="checkbox"/> 幻覚, 妄想がある <input type="checkbox"/> 徘徊, 外出してしまい迷う <input type="checkbox"/> 暴力的, 攻撃的になる <input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転している <input type="checkbox"/> 異食, 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 性的な異常行為をする <input type="checkbox"/> 作り話がある <input type="checkbox"/> その他 ( )
--	---

食事方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養
------	---

家族や住居等の状況	<p><b>※入所を希望する理由</b> *該当するものをすべて選んでください。</p> <input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいない。 ※子、親戚など居る場合は、該当しない。 <input type="checkbox"/> 介護者が県外に住んでいる。 <input type="checkbox"/> 介護する者が、 <input type="checkbox"/> 要介護状態・ <input type="checkbox"/> 病気療養中・ <input type="checkbox"/> 高齢等（75歳以上）・ <input type="checkbox"/> 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、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"/> フルタイム就労 <input type="checkbox"/> 半日程度就労 <input type="checkbox"/> 半日以下の就労 <input type="checkbox"/> 介護協力できる。 <input type="checkbox"/> 介護協力は、多少できる。 <input type="checkbox"/> 介護協力は、できない。 <input type="checkbox"/> 退所・退院を迫られているが、行き先がない ※帰る場所（自宅又は、子供宅等）がある場合は、該当しない。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------	---

その他	<p>入所希望期 *該当するものをすべて選んでください。</p> <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい。 <input type="checkbox"/> 入所はそんなに急いではない。
-----	---

連絡先	氏名		続柄		TEL ( )
	氏名		続柄		TEL ( )

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	TEL ( )
	事業所名			

**特例入所の場合** 下記の該当する番号に○をする。具体的な状態を別紙記載にて添付する。

1. 認知症である者であって、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もの
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もの
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もの
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又は生活支援の供給が不十分であるもの

留意事項	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、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所申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、施設から説明を受けました。 年 月 日 申込者氏名 ( )