

# 特別養護老人ホーム 入所申込み書（兼同意書）

特別養護老人ホーム筑波キングスガーデン  
施設長殿

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

貴施設に入所したいので、次の通り申込みます。

申込み者（代理人）※今後、郵便物の送付、連絡はこちらにいたします。

フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒		
電話番号	( )		
携帯電話番号	( )		
FAX番号	( )		

フリガナ 氏名		性別		生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳	
現住所	〒									
	電話番号 ( )									
介護保険	被保険者番号									
	要介護度	1	2	3	4	5				
	保険者								認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
健康保険	種別								記号・番号	
年金等の受給・収入	種別									
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級 )									
保健福祉関連	<input type="checkbox"/> 被爆者手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳									
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は、	名称							
	<input type="checkbox"/> 入院中	施設	住所	電話						
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院又は、入所期間		年 月 日 ~						
心 身 状 態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 車いす使用					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
		<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 差込み便器	〔おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ使用 <input type="checkbox"/> 昼夜とも使用 〕					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
		(主食)	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> おかゆ	<input type="checkbox"/> ペースト食					
		(副食)	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ペースト食				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲						
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴						
言葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由							
意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 時々通じる	<input type="checkbox"/> 通じない							
認知症	<input type="checkbox"/> 特に無し									
	<input type="checkbox"/> I 年齢相応の物忘れ程度									
	<input type="checkbox"/> II 日常生活に支障を来たす症状と行動、意思疎通の困難さが多少あり、介護者により自立できる。									
	<input type="checkbox"/> III 症状と行動、意思疎通困難。着替、食事、排泄が上手にできない。徘徊、失禁、大声、不潔行為等。									
問題行動	<input type="checkbox"/> IV 症状、行動、意思疎通困難が頻繁で、常に介護が必要。著しい精神症状や問題行動がある。									
	<input type="checkbox"/> 攻撃的行動	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊							
	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動							
	<input type="checkbox"/> その他 ( )									
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> インシュリン注射						
	<input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門）	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養								
	〔既往歴〕									
	〔現在治療中の病気・特記事項等〕									

当施設への入所を希望する理由 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護者がいないため <input type="checkbox"/> 主介護者が「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため。 程度 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能
	<input type="checkbox"/> 主介護者が「就労」により十分な介護が困難であるため。 程度 <input type="checkbox"/> 8時間以上又は高齢で就労不可 <input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間未満
	<input type="checkbox"/> 主介護者が、「介護や育児」、「家族の病気」のために十分な介護が困難 程度 <input type="checkbox"/> 常時、育児看病 <input type="checkbox"/> 半日、育児看病 <input type="checkbox"/> 随時、育児看病
	<input type="checkbox"/> 他の同居者の介護補助について 程度 <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり
	<input type="checkbox"/> 別居している血縁者による介護の可能性について 程度 <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり
	<input type="checkbox"/> 貴施設の運営方針に賛同しているため。 <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 貴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 _____
	<b>【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください】</b> <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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ない。 <input type="checkbox"/> 特記事項 _____

本人の入所意向  入所を希望している  迷っている  拒否している  知らせていない  認知力低下で理解困難

家族の状況	氏名 主介護者は□にレ点	続柄	年齢	職業	同居別居の別	(別居の場合に記入)	
						住所	電話番号
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

入所希望時期  今すぐ  3ヶ月以内  1年以内  必要なとき

申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込みを行っている。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる・申し込む予定がある。 (他施設名) _____
-------	--

特記事項	入所申込みに際し、伝えておきたいこと等、ご記入下さい。
------	-----------------------------

担当 介護支援専門員	氏名	連絡先
	事業所名	

説明確認欄	私は、入所申込みに際して、手続きについて、施設から説明を受けました。 <input type="checkbox"/> 利用順位の決定方法。 <input type="checkbox"/> 特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有すること。  令和 年 月 日 氏名 _____
-------	---

同意欄	貴施設（介護老人福祉施設 筑波キングスガーデン）への入所申込みに際し、事前入所調査を行われる場合に、現在の状況（身体的・精神的・社会的・経済的）等について、個人情報扱われる事に、同意いたします。  令和 年 月 日 本人氏名 _____ 印 代理人氏名 _____ 印
-----	---

注1 介護保険被保険者証及び、直近3ヶ月分のサービス利用票・別表の写しを添付して下さい

注2 要介護度の変更、他施設への入所、死亡などの状況の大きな変動時には、すぐに連絡下さい

注3 必要に応じ、申込み後の状況について、施設より確認の連絡をさせていただくことがあります