

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

様式第1号（第2条関係）

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込者氏名	入所希望者から見た続柄（ ）
住 所	
電話番号	

入所したいので、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		性別	生年月日			
入所希望者氏名		男 女	大正・昭和	年	月	日（ 歳）
現住所	郵便番号	—	電話番号	（ ） —		
被保険者番号			保険者名			
要介護認定の状況	<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					
	認定期間 年 月 日 ～ 年 月 日					
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称			担当者氏名		
	〒番号（ ） —					
居宅サービスの利用状況等	添付資料のとおり					
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅					
	<input type="checkbox"/> 施設（病院）へ入所（入院）中（名称 ） 年 月 日～					
現在の医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（ ） <現在治療中の病名> 有 ・ 無（ ）					
過去の入所・入院の状況	名称		病名		年 月 日～	年 月 日
	名称		病名		年 月 日～	年 月 日
	名称		病名		年 月 日～	年 月 日
入所を希望する理由（該当するすべての事項の□にレをつけてください。）	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため <input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 現在入院（入所）している病院（施設）を求められており、在宅生活が困難であるため（年 月 日頃退院（退所）予定） <input type="checkbox"/> いずれ施設への入所を必要とするため <input type="checkbox"/> その他（ ）		該当する在宅での日常生活で困難な事由（要介護1又は要介護2の者は必ず記入してください）	<input type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 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・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。 <input type="checkbox"/> 単身である、又は、同居家族が高齢・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。		
入所希望時期 入所希望施設	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所を希望する <input type="checkbox"/> 年 日頃までに入所を希望する <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム光和 <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム光和若里 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム豊岡辻					

