

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

## 入 所 申 込 書

特別養護老人ホームはまゆう 施設長 様

申込者（連絡先）

住 所	〒		
(フリガナ) 氏 名	(入所希望者との続柄 )		
電話番号	自宅	携帯	

入所希望者 氏 名	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女	
			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
現 住 所	〒				
	電話番号 ( )				
介 護 保 険	被保険者番号				保険者
	要 介 護 度	<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			
健 康 保 険	(種別：該当に○) 後期高齢者医療保険    生活保護    その他 ( )				
年 金 等	(種別：該当に○) 厚生年金    国民年金    共済年金    遺族年金    その他 ( )				
障 害 者 手 帳 等	手帳の種類 _____ (障害名： ) 判 定 _____ 級 (度)                      年 月 日				
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設 (病院) に入所 (入院) 中    名称 _____ ( 年 月 日 ~ )				
医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	現在治療中の病気				
	病 名		入院・通院医療機関名		期 間
					年 月 日 ~
				年 月 日 ~	
				年 月 日 ~	
既往歴					
病 名		入院・通院医療機関名		期 間	
				年 月 日 ~ 年 月 日	
				年 月 日 ~ 年 月 日	
				日	
				年 月 日 ~ 年 月 日	

<p>入所希望者の意向</p>	<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            ※他施設の入所申し込み状況  <input type="checkbox"/>はまゆうのみ申し込んでいる  <input type="checkbox"/>他の施設にも申し込んでいる            (他の施設名)            _____            _____         </p>		
<p>留意事項</p>	<p>           本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当該施設担当の介護支援専門員に連絡をして下さい。  <b>【連絡先】</b> 特別養護老人ホームはまゆう            電話 025-260-9555 FAX 025-268-1552            担当者 生活相談員 田沢 耕地         </p>		
<p>説明確認及び情報収集に係る同意</p>	<p>           私は、貴施設への入所申込みに際し、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。            なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。            令和 年 月 日            入所希望者 _____ 印            入所希望者の家族 _____ 印         </p>		
<p>担当 介護支援専門員</p>	<p>氏名</p>	<p>連絡先</p>	<p>電話 ( )</p>
	<p>事業所名</p>		

<p>特例入所の要件への該当に関する考え        (要介護1又は2の方が入所を申し込む場合に記入して下さい)</p>	<p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</p> <p><input type="checkbox"/>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見られる</p> <p><input type="checkbox"/>知的障がい・精神障がい等を伴い、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見られる</p> <p><input type="checkbox"/>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・安心の保証が困難である</p> <p><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。</p> <p>上記要件の具体的な理由</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---