

ユニット型指定地域密着型介護両腎福祉施設入居申込書
（特別養護老人ホーム）

施設名

特別養護老人ホーム おおて幸楽園 施設長 様

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付者				

入居希望者	ふりがな					性	男	生年月日						
	氏名					別	・女	明・大・昭	年	月	日	(歳)		
	住所	〒 -				(TEL) (FAX)								
被保険者番号								要介護度	3	4	5	(1 2)		
保険者番号								保険者名						
初回要介護認定年月日	令和	年	月	日	認定の有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
認定審査会の意見等														

※上記（初回用介護認定年月日以外）は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 -				(TEL) (FAX)						
	ふりがな					入居希望者との続柄						
	氏名											

連絡先	住所	〒 -				(TEL) (FAX)						
	ふりがな					入居希望者との続柄						
	氏名											

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または申し込む予定。											
	既に申し込んだ施設名 () ()											
	() ()											
	申し込み予定施設名 () ()											
() ()												

説明確認欄	私は、入居申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明を受けました。 また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。											
												本人との続柄
	令和	年	月	日	氏名							

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印をつけ、その状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所または入院した時期 (昭和・平成 年 月から)				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入所を希望する理由 (該当するものをいくつでも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就業していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所 (退院) を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	(現在治療中の病気等)				
	(その他健康状況に関する特記事項)				
認知城東による行動障害 (行動障害の起きる頻度にもレ印をつけてください)	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度				
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入居希望者本人については記入不要です。）						
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢	続柄	
					就労等の状況	

近親者の状況

```

    graph TD
      Spouse[配偶者] --- Person[本人]
      Person --- Children[子]
      Person --- Siblings[兄弟姉妹]
      Person --- Nephews[甥姪]
      Children --- Grandchildren[孫]
  
```

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭・令	続
	氏名		別	女	月日	年 月 日	柄
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ） 入所希望者宅までの所要時間（ _____ 分）					
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 _____ 日・週 _____ 時間程度）					
	健康状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名（ _____ ） ・入院していないが継続的な治療を要する・病名（ _____ ） ・要入院加療（ _____ か月程度・ _____ ）					
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有（ _____ 級・障害の種類： _____ ） <input type="checkbox"/> 無					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有（要支援・要介護 1 2 3 4 5） <input type="checkbox"/> 無					
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる（子供の年齢 _____ 歳） <input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）に必要な家族がいる（自宅療養・入院中） <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護に必要な家族がいる（要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5） <input type="checkbox"/> 介護に必要な障害を要する家族がいる（ _____ 級・種類： _____ ）						
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない（介護者に代わって面会や連絡を取ってくれる方もいない）						
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】							

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証（写）
- 2 直近のサービス利用票及び別表（写） …… 現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄