

特別養護老人ホーム シルバーピアみどり苑 入所申込書

特別養護老人ホーム

年 月 日

シルバーピアみどり苑 施設長 様

入所希望者（申込者）		整理番号	
フリガナ		保険者	
氏名		被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日	要介護度	3・4・5
性別	男・女	(特例)	(1・2)
認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
現住所	〒 電話番号 ()		

注：介護保険証から転記してください。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）又は連絡先

氏名		入所希望者との続柄	
住所	〒 電話番号 ()		

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

時期	早急・令和 年 月以降	申込予定	貴施設のみ・他にも申込み ヶ所（予定）
希望事項	(該当するものすべてに☑印を記入してください。)		
	申込理由・入所を急ぐ理由	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 単身世帯のため介護者がいない、または介護者が入院等で介護ができない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難（詳細を8欄に記入） <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 8 その他の理由（具体的にお書きください。不足する場合は裏面等余白に御記入ください。） <hr/>	
	(要介護1・2の場合は以下の項目についても該当するものすべてに☑印を記入してください。)		
		<input type="checkbox"/> 9 認知症、知的障害・精神障害等により、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ため、居宅において日常生活を営むことが困難 <input type="checkbox"/> 10 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難 <input type="checkbox"/> 11 その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由（具体的にお書きください。）	

(裏面に続く)

同意及び 説明確認	<p>入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネージャー等にこの申込内容を情報提供し、また情報提供を受けることに同意します。</p> <p>また、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。</p> <p>令和 年 月 日 入所希望者（申込者）又は申込代理者 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
--------------	--

希望施設

<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム シルバーピアみどり苑	従来型特養
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム シルバーピアみずほ	ユニット型特養
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム シルバーピアかりや	ユニット型特養
<input type="checkbox"/> ケアハウス シルバーピアかりや	介護付、要支援1～要介護5
<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ゴールドピアかりや	刈谷市地域密着、介護付、要介護1～5

事務処理欄（記入不要です）

申込日：令和 年 月 日	受付日：令和 年 月 日	受付者
受付方法：来所・郵便・	意思確認：令和 年 月 日	
受付簿記入者	受付簿記入日：令和 年 月 日	
入所基準 基準 ・ 特例	特例事由市町村確認：令和 年 月 日	該当 有 ・ 無

標準調査票

		整理番号：	希望者氏名：	記入者氏名：			
現況		独居・高齢者世帯・家族同居 入院中（病院名 <input type="text"/> ）・入所中（施設名 <input type="text"/> ）					
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・その他		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主) 普通・粥・ミキサー（箸・スプーン）		介助	自立・一部介助・全介助		
		副) 普通・刻み・極刻み・ミキサー					
	更衣（着替え）			介助	自立・一部介助・全介助		
	整容（身だしなみ）			介助	自立・一部介助・全介助		
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・カテーテル・人口膀胱・人口肛門		介助	自立・一部介助・全介助		
	入浴	介助浴・座浴・特浴・その他（ <input type="text"/> ）		介助	自立・一部介助・全介助		
	送迎時の介助	車椅子（要・不要）・ストレッチャー（要・不要）					
※記入にあたっては、認定調査時の資料等から転記していただいても結構です。							
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない		身長	cm	体重	kg
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他 <input type="text"/> ）		
	発語	普通・やや不自由・不自由		認知	無・有（日常生活自立度 I・II・III・IV・M）		
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		問題行動	無・有（徘徊・不潔行為・他 <input type="text"/> ）		
健康状況	現疾患				病歴		
	主治医				TEL		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他（ <input type="text"/> ）					
	感染症	無・有（ <input type="text"/> ）			アレルギー	無・有（ <input type="text"/> ）	
	皮膚刺激	普通・弱い			麻痺	無・有（ <input type="text"/> ）	
	便秘	無・有（服薬：無・有）			拘縮	無・有（ <input type="text"/> ）	
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）			褥瘡	無・有（ <input type="text"/> ）	
	嚥下	異常なし・むせる・つまる			湿疹	無・有（ <input type="text"/> ）	
入れ歯	無・有（上・下）			口腔状況	良・否（ <input type="text"/> ）		
介護の状況	主たる介護者氏名	年齢	歳	性別	男・女	続柄	
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他（ <input type="text"/> ）					
	介護期間	年 月頃から		その他の介護者	無・有（ <input type="text"/> ）名		
	窓口相談	無・有 <input type="text"/> 介護事業所・市町村・在宅介護支援センター・その他（ <input type="text"/> ） 居宅介護支援事業所名（ <input type="text"/> ） ケアマネージャー名（ <input type="text"/> ）					
住環境	区分	持ち家 階（エレベーター有・無） ・ 借家 階（エレベーター有・無）					
	住宅改修	可・不可・改修済（ <input type="text"/> ）					
	立地等	住宅サービス利用に問題点 無・有（送迎・訪問・その他 <input type="text"/> ）					
【その他特記事項】							
【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書きいただいても結構です。							