

特別養護老人ホーム ジョイトピアおおさ 入所申込書

特別養護老人ホーム ジョイトピアおおさに入所したいので、次のとおり申し込みます。

|     |  |
|-----|--|
| 同意欄 | 施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。<br>年 月 日 (入所申込者) 名前 印 |
|-----|--|

|              |         |    |           |           |
|--------------|---------|----|-----------|-----------|
| 申請者<br>(連絡先) | 〒 _____ | 住所 | 名前        | _____     |
|              |         |    | 電話        | ( _____ ) |
|              |         |    | 携帯        | ( _____ ) |
|              |         |    | 入所申込者との関係 | _____     |

|          |         |   |                   |                           |
|----------|---------|---|-------------------|---------------------------|
| 入所申込者の状況 | フリガナ    | 性別  | 保 険 者             |                           |
|          | 名前      | 男・女   | 被 保 険 者 番 号       | _____                     |
|          | 生年月日    | 年 月 日   | 要介護状態区分           | 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) |
|          | 住所      | 〒 _____   | 要 介 護 認 定 有 効 期 間 | _____年 月 日から _____年 月 日まで |
|          | 状況      | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている<br><input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は次の項目にご記入ください)<br>※施設名又は病院名： _____<br>※所在地： _____<br>※入所又は入院時期： _____年 月頃から   |                   |                           |
|          | 住環境     | <input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難<br><input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )   |                   |                           |
|          | 特例入所の理由 | [要介護1又は2の入所申込者のみ記入]<br>※在宅生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障がい・精神障がい等、単身世帯・同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であることがわかるように)  |                   |                           |
|          | 入所希望時期  | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい<br><input type="checkbox"/> できるだけ早く入所したい<br><input type="checkbox"/> 将来的に入所したい  |                   |                           |
|          | 医療の状況   | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ)<br><input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                   |                           |
|          | 特養申込状況  | <input type="checkbox"/> 当該施設のための申込み<br><input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みをしている (申込み予定を含む)<br>施設名： _____  |                   |                           |

|      |      |  |          |            |
|------|------|--|----------|------------|
| 主介護者 | フリガナ | 性別   | 本人からみた続柄 |            |
|      | 名前   | 男・女  | 生 年 月 日  | _____年 月 日 |
|      | 同居有無 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |          |            |

|         |    |    |   |           |  |
|---------|----|----|---|-----------|--|
| その他の介護者 | 名前 | 年齢 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係 |  |
|         | 名前 | 年齢 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係 |  |
|         | 名前 | 年齢 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係 |  |
|         | 名前 | 年齢 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係 |  |
|         | 名前 | 年齢 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 ) | 入所申込者との関係 |  |

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| 介護者の状況       | <input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難<br><input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難<br><input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難<br><input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がいを有する等で十分な介護が困難<br><input type="checkbox"/> 介護者が長期入院中で介護が困難<br><input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない (複数回答可) |  |
|              | 【自由記述】<br>[※本人の在宅生活が困難な理由 (本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載)]   |  |
| 入所の必要性・家族関係図 | 家族関係図<br><div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>  |  |
|              | 備考   | 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名 ( _____ ) 名前 ( _____ )<br><input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明 |

|         |     |       |
|---------|-----|-------|
| 【施設記入欄】 | 受付日 | 年 月 日 |
|         |     |       |

**お願い**  
 入所申込者の要介護度や住所の変更等、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、入所申込者がお亡くなりになられた場合、他の介護老人福祉施設等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。  
 連絡をいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。