

## 特別養護老人ホーム かがやき苑 入所申込書

申込者(連絡先)

特別養護老人ホーム  
かがやき苑  
施設長 様

住所	〒	
(フリガナ)		入所希望者との続柄
氏名		( )
電話番号		

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

(フリガナ)		性別	生年月日	年齢
入所希望者氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日	歳
現住所	〒		電話番号	
介護保険	被保険者番号		保険者名	
	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 認定日
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日
健康保険	(種別・記号番号)			
年金等	(種別)			
障がい者手帳等	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"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ※ 診察情報提供書(医師の診断書)の提供をお願いします。 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 ~ 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		
		年 月 日 ~ 年 月 日		

入所希望者の意向等	<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 <input type="checkbox"/> 入所希望居室 ( 個室 ・ 多床室 ) ※ 多床室を選んだ方へ …個室の方が早く入れるようであれば個室でも希望しますか ( 希望する ・ 希望しない ) <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる(他の施設名) ( )
生活歴等	生活歴(出身地、結婚、職業、家族構成など)をわかる範囲でお書き下さい

担当	事業所名	
介護支援専門員	氏名	連絡先 (電話番号)

留意事項	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 入所された場合は、必ず当施設に連絡をしてください 連絡先 特別養護老人ホーム かがやき苑 電話 0250(68)7770 FAX 0250(68)7771 担当窓口 生活相談員 坂井 真理
------	---

説明確認及び 情報収集に 係る同意	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、担当地域包括支援センター、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、また関係市町村に報告提供することに同意します。 年 月 日 入所希望者 印 入所希望者の家族 印
-------------------------	--

特例入所の 要件・理由 (要介護1又は 要介護2の方が 入所を申し込む 場合に記入 して下さい)	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 <input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の 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、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の 困難さ等が頻繁にみられる <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・安心の確保が困難である <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給の供給が不十分である 上記要件の具体的な理由 ..... ..... .....
--	---