

特別養護老人ホーム **サクラピア印西**

入所申込書（1）

申込者（連絡先） 今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

住所	〒
氏名	
電話	

特別養護老人ホーム サクラピア印西 に入所したいので、次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム サクラピア印西	保険者	
(フリガナ)		性別	
氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護度	1・2・3・4・5
現住所	〒	要介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
現況	<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 <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> その他 () 「施設や病院等に入っている方」は記入してください。 ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地(市区名のみ)： _____ ◇入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所・入院している		
入所希望者の状況 (該当するもの全てを選んで下よす。)	1. 入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答して下さい) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	2. 要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答して下さい。 <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。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、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。 <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援の供給が不十分である。		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 開所後すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい	
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】	
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、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる施設名 () () () ◇今後申し込む予定の施設名 () () ()		
主たる介護者	(フリガナ)	性別	本人との関係
	氏名	男・女	生年月日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所： _____)	
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】	

※ 申込書2もありますのでご記入ください

特別養護老人ホーム **サクラビア印西** 入所申込書（2）

（現在の状態について記入してください）

1 本人の状況

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5
日常生活自立度	Ⅲ a 以上	Ⅱ b	Ⅱ a	I	自立	

※ 日常生活自立度につきましてはケアマネジャー様に確認、または分かる範囲でご記入下さい。

2 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独 居	高 齢 者 世 帯	そ の 他
介護者の年齢・続柄	70歳以上	60歳以上	60歳未満 続柄()
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い 負 担 な し
介護者の障害や疾病	無・有()		
介護者の就労	無・有(職種等		日/週、 時間/日)
他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)		
介護者の育児、家族の病気	無・有()		
介護者の介護の関わり方	全く介護できない	仕方なく介護している	やや消極的 ふつう
他の同居介護補助者	無・有(続柄		日/週程度
別居血縁者介護協力	無・有(続柄		日/週程度
近隣者等の介護協力	ほ と ん ど な し	随 時 あ り	常 時 あ り

3 在宅での介護が難しい理由【介護をしている上で困っている事などをご記入ください】

4 介護支援専門員

介護支援専門員の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※「有」の方は下記をご記入下さい。
事業所名	☎ — —		
担当者氏名			

記載者氏名 _____