

<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯(世帯全員が65歳以上) <input type="checkbox"/> 家族同居世帯								
<p style="text-align: center;">家族の 構成</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">同世帯のご家族</p>	氏名	続柄	性別	生年月日	職業	連絡先	
	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">別世帯のご家族</p>	氏名	続柄	性別	生年月日	連絡先	居住する市町村・区	
<p>入所希望者の意向</p>	<input type="checkbox"/> いますぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入所したい。 他施設の申込状況 <input type="checkbox"/> あわやまの里のみに申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる。 (他施設名)							
<p>説明確認および情報収集に係る同意</p>	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">入所希望者 ⑩</p> <p style="text-align: center;">入所希望者の家族 ⑩</p>							
<p>担当介護支援 専門員</p>	氏名				連絡先			
	事業所名							

受付日： 年 月 日

《記入例》

地域密着型介護老人福祉施設あわやまの里 入所申込書

申込日： ○年 ○月 ○日

申込者 (連絡先)	(フリガナ) アワヤマケンユウ 栗山 健悠	入所希望者 との 続柄	長男
住所	〒 950-0000 新潟市○○区○○町○丁目○番○号○○マンション○号室		
電話番号	(自宅) 025-○○○-○○○○ (携帯) 090-○○○○-○○○○		

申込書を記入する方の、お名前、ご住所をご記入ください。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ) アワヤマサトコ 栗山里子	男・女 女	生年月日	明治・大正・昭和 ○年 ○月 ○日 (○歳)
現住所	〒 950-0000 新潟市○区○○町○丁目○番○号 (電話番号) 025-○○○-○○○○			
介護保険	被保険者番号	9999999999	整理番号	99999999
	要介護度	4	保険者	新潟市
	認定期間	○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日		
健康保険	(種別・記号番号)	後期高齢者医療保険		99999999
年金等	本人の収入	有 ・無	世帯1年間の総額	約 1,000,000 円
	年金の種類	国民年金・ 厚生年金 ・障害年金・遺族年金・老齢福祉年金・恩給・その他		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中：名称 ○○園 (○年 ○月頃~)			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()			
	既往症および現在治療中の病気			
	病名	病院名(入院・通院)	期間	
	脳梗塞	○○病院(入院)	○年 ○月 ~ ○年 ○月	
	尿路感染症	○○病院(入院)	○年 ○月 ~ ○年 ○月	
	心筋梗塞	○○病院(入院)	○年 ○月 ~ ○年 ○月	
	胃ガン(1/3切除)	○○病院(入院)	○年 ○月 ~ ○年 ○月	
	高血圧	○○クリニック(通院)	○年 ○月 ~ ○年 ○月	
	右大腿骨頭部骨折	○○病院(入院)	○年 ○月 ~ ○年 ○月	

入所希望者ご本人について、ご記入をお願いします。

		<input type="checkbox"/> 独居世帯	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯(世帯全員が65歳以上)	<input checked="" type="checkbox"/> 家族同居世帯			
家族の構成	同世帯のご家族	氏名	続柄	性別	生年月日	職業	連絡先
		栗山 太郎	夫	男	大正〇, 〇, 〇	無職	025-〇〇〇-〇〇〇〇
		栗山 健悠	長男	男	昭和〇, 〇, 〇	会社員	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		栗山 福子	長男の妻	女	昭和〇, 〇, 〇	主婦	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		栗山 健太	孫	男	平成〇, 〇, 〇	学生	
	別世帯のご家族	氏名	続柄	性別	生年月日	連絡先	居住する市町村・区
		栗山 健次	次男	男	昭和〇, 〇, 〇	025-〇〇〇-〇〇〇〇	新潟市〇区
		福祉 悠子	長女	女	昭和〇, 〇, 〇		聖籠町

本人以外のご家族についてご記入お願いします
※独居の方は空欄ご

きょうだい、お子様等についてご記入お願いします。ご

入所希望者の意向

いますぐ入所したい。
 年 月頃までに入所したい。
 他施設の申込状況
 あわやまの里のみに申し込んでいる。
 他施設にも申し込んでいる。
 (他施設名) 〇〇〇園、〇〇の里

別紙をご確認ください。
 ・「入所申込のご案内」
 ・「入所申込から入所決定までの流れ」

説明確認およ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。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

入所希望者 栗山 里子 (印)

入所希望者の家族 栗山 健悠 (印)

本人が書けない場合は、代理の方が記入してください。

必ず押印して下さい。

担当 介護支援専門員	氏名	〇〇 〇〇	連絡先	025-〇〇〇-〇〇〇〇
	事業所名	ケアプラン〇〇〇		

申込者が記入してください
 (※ケアマネージャーの自署の必要はありません)

記入不要

受付日： 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設あわやまの里 入所申込書 別紙

入所希望者氏名：	記入日： 年 月 日
記載者氏名：	(続柄：)

入所申込希望理由

介護する者がいないため
 介護者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により、十分な介護が困難なため(高齢者世帯等)
 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
 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
 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため
 施設や病院等から退所・退院を求められているが、自宅での生活が困難なため
 その他(

入所検討にあたって特に配慮してほしい点

入所希望者の状況

移動	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖
食事	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 刻み食
	<input type="checkbox"/> ムセあり <input type="checkbox"/> ムセなし	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養
排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 日によって波がある
認知症・ 行動障害	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖
	<input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 不穏興奮
具体的には：		
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単な内容はできる <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> できない	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

特例入所の要件・理由

(※ 要介護1・要介護2の方が入所を申込み場合に記入してください。)

【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】

認知症であって、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みられる
 知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁にみられる。
 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
 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

〔上記要件の具体的な理由〕