

# 記載例

特別養護老人ホーム 清幌園

地域密着型特別養護老人ホーム清幌園里塚緑ヶ丘

入所申込書

(様式1)

申込日	H ●●年 ●月 ●日
受付日	H 年 月 日

申込する施設へチェックください。両方にチェックでも可能です。

特別養護老人ホームに入居したいので次のとおり申し込みます。

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒	●●●-●●●●		
住所	札幌市清田区里塚緑ヶ丘7丁目14-1		
氏名	清幌 一郎	続柄	長男
電話	●●●-●●●●	携帯	●●●-●●●●-●●●●

申し込み先 (入居希望施設)	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 清幌園	保険者	札幌市		
	<input checked="" type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム 清幌園里塚緑ヶ丘				
(フリガナ)	セイコウ タロウ	性別			
氏名	清幌 太郎	男			
生年月日	明治・大正・昭和 ●●年 ●月 ●日 (●●歳)	要介護度	要介護4		
現住所	〒 ●●●-●●●● 札幌市清田区北野7条4丁目8-25				
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 checked="" type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「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: ●●●病院 ◇所在地(市町村名のみ) 札幌市 ◇入所又は入院時期: 平成 ●●年 ●●月 ●●日 から入所・入院している				
	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居			
介護者等の状況	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input checked="" type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない			
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)			
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input checked="" type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)			
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)			
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)			
入居希望者の状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> (イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12か月 <input checked="" type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> オ. 自宅等			
	在宅サービス利用率	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上			
	在宅サービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. かなりサービスを抑制している			
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階			
	住居	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題ある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない			
入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃までに入居したい				
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】 高血圧、大腿部頸部骨折、前立腺肥大、アルツハイマー型認知症				
その他	・出生・学歴・職歴・結婚歴・子供・その他 ●●年、●●市で生まれ、●●高等学校を卒業後、●●の仕事で定年まで勤め、●●年に結婚。1男2女をもうける。●●年に現在の住所に移る。				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( 特別養護老人ホーム●●●● ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( 特別養護老人ホーム●●●● )				
主たる介護者	(フリガナ)	セイコウ ハナコ	性別		
	氏名	清幌 花子	女		
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: ※同居の場合は記載不要)			
意見	【介護をしている上で困っていること等】 ●●年に自宅で転び、足を骨折して●●病院に入院しましたが、入院中に認知症が進行してしまい、常に介助が必要な状態になりました。退院しても家族が排泄や食事の介助が出来ません。				
紹介事業所 (又は支援センター名)	●●●●●●●●	電話番号	●●●-●●●●	担当	●●

入所希望者名

清幌 太郎

家族	氏名	続柄	生年月日	年齢	住所	電話番号
同居	清幌 花子	妻	昭和●●年●月●日	●●	札幌市清田区北野7条4丁目8-25	●●●-●●●●
別居	清幌 次郎	長男	昭和●●年●月●日	●●	札幌市清田区里塚7丁目14-1	●●●-●●●●
	里塚 園子	長女	昭和●●年●月●日	●●	●●市●●区●●●●●●	●●●-●●●●
病院	病院名		診療科		担当医師	
	●●病院		●科		●●医師	
	●●病院		●●科		●●医師	
既往・現病歴	発症年月日	病名	医療機関		治療・入院期間	
	平成●●年●月	胃がん	●●病院		●年●月～●年●月まで	
	平成●●年●月	高血圧	●●病院		●年●月～	
	平成●●年●月	前立腺肥大症	●●病院		●年●月～	
	平成●●年●月	アルツハイマー型認知症	●●脳外科		●年●月～	
備考						