

特別養護老人ホームさくら苑入所申込書

申込者（連絡先） 今後、郵便物などはこちらの連絡先にお送りさせていただきます。

住 所		申 込 日	令和 年 月 日
氏 名		受 付 日	令和 年 月 日
電話番号		受理NO	

特別養護老人ホームさくら苑に入所したいので、つぎのとおり申し込みます。

1. 入所希望者の方について

(フリガナ)		性 別		被保険者番号																							
希望者氏名		男・女		要 介 護 度	1	2	3	4	5																		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	介 護 度 認 定期間		令 和 年 月 日 から						令 和 年 月 日 まで																	
現 住 所	〒																										
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 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ☆施設又は病院名： ☆所在地（市区名のみ） ☆入所又は入院期間：平成・令和 年 月から入所・入院している 在宅サービス利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 「あり」の方は記入して下さい ☆ケアプラン作成事業所： 担当者																										
利用している 在宅サービス (チェックして 回数を記入して 下さい)	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ）	回/月	利用	<input type="checkbox"/> 短期入所介護	回/月	利用	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	回/月	利用	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	回/月	利用	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/月	利用	<input type="checkbox"/> グループホーム	回/月	利用	<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	回/月	利用	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	回/月	利用	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア）	回/月	利用
認知症による 不適応行動 (ある方は 記入ください)	(幻覚、徘徊など)																										
入所を希望 する理由 (該当するも の全てを選ん で下さい)	<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」など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"/> 住宅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 ()																										
入所希望 時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに入所したい																										

医療・介護 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 () <input type="checkbox"/> 食事の介助を受けている 【現在治療中の病気・特筆すべき事項】 ()
入所申込み の状況	<input type="checkbox"/> 当施設しか申し込んでいない <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる又は申し込む予定 ☆既に申し込んでいる施設 () () () ☆今後申し込む予定の施設 () () ()

2. 主たる介護者・家族等の状況

(フリガナ)		性別	本人との続柄	
介護者氏名		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
介護者の世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし			
介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種等) <u>〈就労日数〉</u> 日/週 <u>〈就労時間〉</u> 時間/日			
他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)			
介護者の育児・病気の家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
介護者の介護の関わり	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通			
他の同居介護協力者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄 日/週程度)			
別居血縁者協力者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄 日/週程度)			
近隣者等の協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり			
【介護をしていく上で困っていること、現在の介護の状況】				

【同意書】

今後の高齢者福祉施策の参考とするため、この申込書を行政機関等に報告することに同意します。

令和 年 月 日

氏 名：

※施設記入欄

申し込み経路	<input type="checkbox"/> 来苑し入所相談と施設見学 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	--