特別養護老人ホーム入所申込書　☐新規　☐変更

特別養護老人ホーム

施設長　様

＊1　該当するものを〇で囲んで下さい。

＊2　☐欄は該当する箇所へ☑して下さい。　　申込日　令和　年　月　日

利用者	フリガナ		性別	☐男　☐女	年齢
	氏　名		生年月日	ＭＴＳ　年　月　日	
	現住所	〒	電話番号	(　　)	
	介護保険者	☐益田市　☐津和野町　☐吉賀町　☐その他(　　)			
	介護保険被保険者番号:		認定期間:H･R　年　月　日～H･R　年　月　日		
申込者	フリガナ		性別	☐男　☐女	年齢
	氏　名	印　続柄(　　)	生年月日	ＭＴＳ　年　月　日	
	現住所	〒	電話番号	(　　)	
	連絡先	〒	電話番号	(　　)	
	入所申し込みについて本人への説明の有無		☐有　☐無		

本人の状況

要介護度	1　2　3　4　5	特記行動	自傷行為　夜間せん妄　不穏興奮　大声　奇声 徘徊　攻撃行為　弄火　その他(　　)	
家族状況	☐自宅で一人暮らし ☐自宅で一人暮らしだが、隣や同敷地内に家族が住んでいる ☐介護者はいるが　☐高齢　☐病気　☐就労で介護が難しい ☐その他(　　)詳細は裏面へ記入して下さい ※家族(同居の 2 親等以内の親族) ・同居の家族について、裏面に記入願います。 ・同居家族のない方は近親者の状況を裏面に記入願います。		備考 高齢:70 歳以上 病気:介護ができない程度の傷病 就労:週 40 時間以上	
医療状況	☐経管栄養　☐胃瘻　☐気管切開　☐インシュリン注射　☐その他(　　) 現在治療中の病名 かかりつけ医　医療機関名:　　主治医: ☐現在医療機関に入院中である　☐入院していない ・病院名　・入院日　昭和・平成・令和　年　月　日 ・所在地 ・入院の経緯と今後の見込み			
入所状況	☐他の介護保険施設などに入所中である　☐入所していない ・施設名　・入所日　昭和　平成　令和　年　月　日 ・所在地			

特例入所要件（要介護1又は要介護2の方はご記入下さい）	要介護１又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身(家族)の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 □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 □知的障害・精神障害等を伴い、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等が頻繁に見られる □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、同居家族が高齢者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提供が不十分である		
申込状況	益田市	□雪舟園　□「ますだ」ハイツ　□くしろ宝寿苑　□美寿苑　□もみじの里 □本郷園	
	津和野町	□星の里　□シルバーリーフつわの	
	吉賀町	□とびのこ苑　□みろく苑　その他（　　）	
	希望室	□個室（　　）□多床室（　　）	

介護保険利用状況

担当ケアマネージャーの有無		□有　□無　氏　名	
事業所名		居宅介護支援事業所	
事業所電話番号		（　　）	
※施設記入欄	介護の必要性	在宅サービスの過去３ヶ月の利用状況 □8割以上　□6割以上　□4割以上　□2割以上　□2割未満	
	障がい老人の日常生活自立度	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2	
	認知症老人の日常生活自立度	□自立　□I　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M	

私は、施設入所申し込みにあたり個人情報保護法の基本理念に基づき、施設入所申し込み者(本人)並びにその家族等の情報を収集、利用されることに同意いたします。 令和　　年　　月　　日 同意者氏名　　印	

入所申し込み理由をご記入下さい

・住居の状況　経済状況　その他状況をご記入下さい。箇条書きでも結構です。