

施設入所申込書

| | | |
|---------------|-------|----------|
| 施設 記入 欄 | 受付日 | 令和 年 月 日 |
| | 受付番号 | |
| | 受付者氏名 | |

次の通り ☐ 特別養護老人ホーム ひだまり平川（平成 26 年 4 月より地域密着型特養に変更）
☐ ユニット型特別養護老人ホーム ひだまり久世
☐ グループホーム ひだまり浜道裏
☐ グループホーム ひだまり鍛冶塚
への入所を申し込みます。
(いずれかご希望の所に○印をおつけ下さい。複数も可。(但し、特養は要介護 1 以上の方のみ))

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------|-------------------|-------------|----------|--------------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 入所希望者 | フリガナ | | | 保険者番号 | 市区町村 | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 性別 | 男 ・ 女 | | 要介護状態区分等 | 要支援 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | | 認定有効期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | |
| | 自宅住所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の居所 | 自宅等 | 居 所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 居宅介護支援事業所名 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ケアマネージャー氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険施設・一般病院等 | 施設・病院等の名称 | (介護 ・ 医療) | | 入所等の履歴 | (年 月 ~ 年 月) | | | | | | | | | | | | |
| | | 入所・入院期間 | 年 月 日 ~ | | | (年 月 ~ 年 月) | | | | | | | | | | | | |
| 入所申込理由 (自宅介護が困難な理由) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他施設の申込状況 (予定含む) | (年 月 日 申込) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (年 月 日 申込) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (年 月 日 申込) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (年 月 日 申込) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 氏名 | | | | 入所希望者との続柄 | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 氏名 | | | | 入所希望者との続柄 | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |

※連絡先は、申請者と同じ場合は記入不要です。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 同意欄 | 今後、入所申込状況の調査のために、私の氏名・生年月日・住所・介護保険被保険者番号を施設から城陽市に情報提供することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 氏名 印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 添付資料 : 介護保険被保険者証 ・ (居宅サービス利用中の方は) サービス利用票及び別表
- 注意事項 : 常時介護が必要で在宅で介護を受けることが困難など、入所の必要性が高い場合に申請してください。
要介護認定の見直しや他施設入所等の状況の変化があった場合は、すぐに施設にお知らせ下さい。

| 記 入 者 | | | | 記入日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
|------------------------|---|---------------------------------|---|-----|-----------|---|---|---|--|
| 身体 の 状 況 | 健康状態 | 現在治療中の病名 | | | | | | | |
| | | 受診している医療機関名 | | | | | | | |
| | | 現在の病状等 | | | | | | | |
| | 日常生活 | 移 動 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他() [独歩 ・ 杖 ・ 手引き ・ 歩行器 ・ 手押し車] | | | | | | |
| | | 食 事 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他() | | | | | | |
| | | 排 泄 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他() | | | | | | |
| | | 入 浴 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他() | | | | | | |
| | | 着脱衣 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他() | | | | | | |
| | | 視 覚 | 見える ・ 見えにくい ・ 見えない ・ その他() | | | | | | |
| | | 聴 覚 | 聞こえる ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない ・ その他() | | | | | | |
| | | 意思伝達 | できる ・ できない ・ その他() | | | | | | |
| | | 認知症の 確認 | 医師の診断書 認定調査における認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I II III IV M | | | | | | |
| | | 精神状態 | 正常 ・ 精神障害 | | | | | | |
| 認知症の 症状 | ない ・ 徘徊 ・ 失禁 ・ 暴言暴行 ・ 不潔行為 ・ 異食 ・ その他() | | | | | | | | |
| 家族 に つ い て | 主たる 介護者 | 氏 名 | | 年 齢 | 入所希望者との続柄 | | | | |
| | | | | 歳 | | | | | |
| | 介護者の 状況 | | | | | | | | |
| | 同 居 | 人（配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 親 ・ 兄弟 ・ その他[] | | | | | | | |
| | 別 居 | 人（配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 親 ・ 兄弟 ・ その他[] | | | | | | | |
| | 家族の 状況等 | | | | | | | | |

| 施設記入欄 | | | |
|-------|--|-----|----------------------------------|
| 記入者 | | 説 明 | 直接 ・ 電話(令和 年 月 日) |
| 特記事項 | | | |

家族様 記入欄

| | |
|--|--------------------------|
| 保証人 | 氏名 (入所希望者との続柄) |
| | 住所 |
| | 電話番号 |
| 入所希望状況 | 今すぐ入所したい ・ 1年以内には入所したい |
| | 将来的に入所したい |
| 現在行っている 医療ケア | 経管栄養 ・ バルンカテーテル ・ インスリン |
| | 痰の吸引 ・ 在宅酸素 ・ その他 () |
| 本人様の収入状況 | 年金収入 万円 |
| | その他資産 万円 |
| 社会福祉法人の減免 | 有 |
| | 無 |
| 介護保険の負担 限度額認定証 | 有 (第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階) |
| | 無 |
| その他何かあれば ご記入ください。 ※詳しく介護状況 や生活状況を書 いて頂けると入 所判定会での資 料となります。 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

同意書

介護保険施設が入所審査をするにあたり、城陽市又は、その他市町村が介護保険施設に対して私の日常生活自立度についての情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

被保険者番号 _____

氏 名 _____ 印

* 日常生活自立度：要介護認定の二次判定の際に用いられる日常生活自立度判定基準