介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム和幸園 入所申込書

令和　　年　　月　　日

入所希望者 氏　名	ふりがな	大正 ・ 昭和 年　　月　　日生	男 ・ 女	歳
住 所	〒 TEL			
申 込 者 氏 名	ふりがな	続 柄	男 ・ 女 歳	連 絡 先

1. 現在の状況

□ 自宅療養中　　□ 病院入院中(　　年　　月　　日　頃から)

主介護者(　　) 病院名(　　) 担当相談員(　　)

□ 施設入所中(　　年　　月　　日頃から)　　□ その他

施設名(　　) 担当相談員(　　)　(　　)

2. 介護保険被保険者証　□ 申請済　□ 申請中　□ 未申請

被保険者番号［　　］保険者［　　］

要支援･要介護区分　要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５　□ 申請中

認定の有効期間　　年　月　日　～　　年　月　日

負担割合証　１割 ・ ２割 ・ ３割

負担限度額認定　第１段階 ・ 第２段階 ・ 第３段階① ・ 第３段階② ・ 第４段階

□ 申請中　□ 未申請

居宅介護支援事業所事業所名(　　) 担当ケアマネ(　　)

3. 健康保険証及び手帳の種類

国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ その他(　　)

障害者手帳　有 ・ 無　交付年月日　　年　月　日　種別　　種　　級

4. 経済状況

年金恩給等の種類 (　　)　月平均受領額:　　円

5. 本人の同意

同意している ・ 同意していない ・ 意志疎通困難(　　)

6. 他施設への申込み状況

□ 申込みなし 当該のみ申し込む

□ 申込み(予定)あり (　　)(　　)(　　)

7. 入所を希望する理由

□ 身寄りがいないなど介護する者がいないため

□ 介護する者が地理的に離れている、もしくは病院等に長期入院するなどの状況により介護が不能

□ 介護する者はいるが、要介護状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難

□ 介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難

□ 介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難

□ 介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難

※ 裏面への記入もお願いします。

8. 病歴について

（発症年月日：　　年　　月 / 病名：　　）

（発症年月日：　　年　　月 / 病名：　　）

（発症年月日：　　年　　月 / 病名：　　）

（発症年月日：　　年　　月 / 病名：　　）

9. ご本人様の状態

食事 ： □ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　□ 胃瘻

排泄 ： □ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　□ バルンカテーテル　□ ストマ

□ トイレ　□ 紙パンツ　□ ポータブルトイレ　□ 紙オムツ

移動 ： □ 自立　□ 一部介助　□ 全介助

□ 独歩　□ 杖　□ 歩行器　□ 車椅子　（ □ 自操　□ 介助 ）

移乗 ： □ 自立　□ 一部介助　□ 全介助

〔 認知症による行動障害 〕

□ 該当なし

□ 徘徊　□ 不潔行為　□ 不穏行動　□ 自傷行為　□ 暴力行為　□ 昼夜逆転

□ 異食　□ 幻視、幻覚　□ 被害妄想

〔 医療処置 〕

□ 酸素　□ 点滴　□ 吸引（　　）□ インスリン注射（　　）

10. 居室の希望について

□ 多床室　□ 個室　□ どちらでも可　　ショートステイ利用 ： □ 可　□ 不可

身元保証人 氏　名	ふりがな	続 柄	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年　月　日生	男 ・ 女 歳
住 所	〒			
勤務先				
連絡方法	①（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他〔　　〕）TEL			
	②（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他〔　　〕）TEL			
主介護者 氏　名	ふりがな	続 柄	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年　月　日生	男 ・ 女 歳

家 族	氏 名	続 柄	年 齢	連 絡 先
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	