

鎌倉市特別養護老人ホーム標準入所申込書 記載例

申込日	○○年○○月○○日	受付日	年	月	日
※ 受付後5年間保存します。		受付時刻	午前・午後	時	分

施設長 殿

申込者（連絡先）

住 所	〒 248-8686 _____	鎌倉市御成町○一〇一〇〇		
(フリガナ)	カマクラ 仔ウ	続 柄	夫	
氏 名	鎌倉 一郎	電話番号	(〇〇) 〇〇〇〇	

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入所希望者の状況	<p>現在利用している居宅サービス</p> <p>*1 該当するものをすべて選んでください。</p> <p>*2 [] 内に事業者名を記入してください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 10 回程度) [(例) 鎌倉訪問介護] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 (月に 4 回程度) [(例) 鎌倉リハビリディサービス] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()					
身体の状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 (食事の種類)	<input type="checkbox"/> 見守り(むせる・むせない) (主食)	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 常食	<input type="checkbox"/> 半粥 常食	<input checked="" type="checkbox"/> 全粥 刻み	<input type="checkbox"/> 全部介助 ミキサー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (おむつの使用)	<input type="checkbox"/> 一部介助 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 全部介助 昼夜	<input type="checkbox"/> 夜のみ (排せつの拒絶)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全部介助			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全部介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 (歩行)	<input type="checkbox"/> 見守り つかまり歩き	<input type="checkbox"/> 一部介助 杖使用	<input checked="" type="checkbox"/> 全部介助 車いす	<input type="checkbox"/> 寝たきり	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input checked="" type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない			
		補足すべき身体の状況について具体的に記載してください。 左片麻痺					
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。						
	(例)						
	せん妄：時々大声で人の名前を呼ぶことがある。						
	徘徊：昼も夜も一人でウロウロし、外出すると戻れない。						
	異食：食べ物以外のものを口にしてしまう。						

入所希望者の状況	<p>医療的処置</p> <p>* 該当するものすべて選んでください。</p> <p>(現在治療中の病気)</p> <table border="1"> <tr><td>病名</td><td>入院・通院病院</td><td>期間</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>○○病院</td><td>○年○○月～</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年月～</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年月～</td></tr> <tr><td>内服薬</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>感染症</td><td colspan="2"></td></tr> </table> <p>(既往症)</p> <table border="1"> <tr><td>病名</td><td>入院・通院病院</td><td>期間</td></tr> <tr><td>脳梗塞</td><td>○○病院</td><td>○年○月～ ○年○月</td></tr> <tr><td>左大腿骨骨折</td><td>○○病院</td><td>○○年○月～ ○年○○月</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年月～ 年月</td></tr> </table>			病名	入院・通院病院	期間	糖尿病	○○病院	○年○○月～			年月～			年月～	内服薬			感染症			病名	入院・通院病院	期間	脳梗塞	○○病院	○年○月～ ○年○月	左大腿骨骨折	○○病院	○○年○月～ ○年○○月			年月～ 年月
	病名	入院・通院病院	期間																														
糖尿病	○○病院	○年○○月～																															
		年月～																															
		年月～																															
内服薬																																	
感染症																																	
病名	入院・通院病院	期間																															
脳梗塞	○○病院	○年○月～ ○年○月																															
左大腿骨骨折	○○病院	○○年○月～ ○年○○月																															
		年月～ 年月																															
入所希望者の意向（入所希望者が申し込んでいる場合を除く）	<input checked="" type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他（ ）																																
家族や住居等の状況	<p>入所を希望する理由</p> <p>* 該当するものをすべて選んでください。</p>	<input type="checkbox"/> 身寄りがない又は家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input checked="" type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護医療院、病院等から退所（退院）を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載してください。） <div style="text-align: right;">[]</div>																															
		主な介護者	<table border="1"> <tr><td>（フリガナ）</td><td>カマラ 仟ゆ</td><td>性別</td><td>年齢／生年月日（○○歳）</td></tr> <tr><td>氏名</td><td>鎌倉 一郎</td><td>男・女</td><td>明・大・昭 ○○年○月○○日</td></tr> <tr><td>同居の区分</td><td colspan="3"> <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： ）電話（○○）○○○○ </td></tr> <tr><td>入所希望者との関係</td><td colspan="3"> <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ） </td></tr> <tr><td>他の介護者</td><td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない </td></tr> <tr><td>意見</td><td colspan="3"> (介護をしている上で特に困っていること) 時々嫁が来てくれるが、同居者としては自分以外にいないので、十分な介護ができない。 </td></tr> </table> <div style="text-align: right;">[]</div>			（フリガナ）	カマラ 仟ゆ	性別	年齢／生年月日（○○歳）	氏名	鎌倉 一郎	男・女	明・大・昭 ○○年○月○○日	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： ）電話（○○）○○○○			入所希望者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ）			他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない			意見	(介護をしている上で特に困っていること) 時々嫁が来てくれるが、同居者としては自分以外にいないので、十分な介護ができない。						
（フリガナ）	カマラ 仟ゆ	性別	年齢／生年月日（○○歳）																														
氏名	鎌倉 一郎	男・女	明・大・昭 ○○年○月○○日																														
同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： ）電話（○○）○○○○																																
入所希望者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																
他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない																																
意見	(介護をしている上で特に困っていること) 時々嫁が来てくれるが、同居者としては自分以外にいないので、十分な介護ができない。																																

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input checked="" type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要になったときに入所したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) <u>〇〇老人ホーム、〇〇苑</u> <hr/> <hr/>

担当ケアマネジャー	氏名	大船 次郎	連絡先	電話	(〇〇) 〇〇〇〇
	事業所名	〇〇居宅介護支援事業所			

備考	<p>本入所申込書に記載した事項または記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>介護者自身が高齢で自分のこともままならない状態で、これ以上、妻の介護を続けることは、 精神的にも身体的にも負担になっている。</p> <p>出来るだけ早い入所を希望します。</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
----	--

お願い	入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合または他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
-----	---

同意確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。
	入所希望者氏名 鎌倉 花子
	申込者氏名 鎌倉 一郎

説明確認欄	私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。
	(本人との続柄) ○年〇〇月〇〇日 氏名 鎌倉 一郎 (夫)