様式第１号

社会福祉法人豊聖福祉会　特別養護老人ホーム入所申込書

社会福祉法人豊聖福祉会理事長　様

【太線の枠の中をご記入ください。】

申込日	年　月　日	受理日	年　月　日

（ご希望の施設を〇で囲んでください。）

1　ほうせい園（多床室、従来型個室、ユニット型個室）　　2　ながうらの郷（ユニット型個室）

Ⅰ　申込者　　【太線の枠の中をご記入ください。】

ふりがな		続柄	電話番号	
1　氏　名			自　宅	（　　）
			携帯・会社等	
2　住　所	〒　　－			

Ⅱ　入所希望者の状況等　【該当する項目のご記入及び該当する項目を〇で囲んでください。】

ふりがな		生年月日	1　明治　2　大正　3　昭和
1　氏　名	男・女		年　月　日　生（　歳）
2　住　所	〒　　－		電話番号
			（　　）
3　健康保険	（種別、記号番号）		
4　療育手帳	有　・　無　　判定		
5　障害者手帳	障害名	障害の級	第　種　級
6　精神保健福祉手帳	級		
7　年　金	加入状況　有　・　無	年金の種類	
8　生活保護受給	有　・　無		
9　現　況	(1)自宅　（世帯状況）　1　一人暮らし　2　６５歳以上の高齢者２人のみ 3　その他　同居者　人		
	(2)病院（施設）に入院（所）中 病院・施設の名称 （　年　月　日から入所・入院している。）		

10　入所希望の理由や介護で特に困っていることなどを自由にご記入ください。

11　医療の状況	病　名	医療機関名	期　間
(1)治療中の病気			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～
(2)既往症	病　名	医療機関名	期　間
			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～
			年　月　日～

(3)次に掲げる処置を現在されている方は、該当を○で囲んでください。

1　経管栄養（胃婁、鼻腔）　2　留置ｶﾃｰﾃﾙ　3　ストマ（人工肛門・膀胱）　4　酸素療法

5　インシュリン注射（ 自分で注射が⇒　できる　・　できない）　6　人工透析　7　気管切開

8　吸引　9　吸入　10　その他（あれば記入　　）

12　現在使用している薬（内服薬、目薬、軟膏等）をご記入ください。

13　医師から指示があったら、その内容をご記入ください。

14　現在の生活状況について、教えてください。	
(1)視力障害	生活に⇒　1　支障なし　・　2　支障あり（特記事項　　）
(2)聴力障害	生活に⇒ 1　支障なし　・　2　支障あり⇒補聴器（ していない　・　使用　）
(3)会　話	1　できない　・　2　ある程度できる　・ 3　できる
(4)麻　痺	1　なし　・　2　あり（部位　　）
(5)拘　縮	1　なし　・　2　あり（部位　　）
(6)床ずれ	1　なし　・　2　あり（部位　　）
(7)エアーマット	1　していない　・　2　使用
(8)義　歯	1　なし　・　2　あり（　上　・　下　・上下　）
(9)嚥下障害	飲み込み困難　1　なし　・　2　あり （水分にトロミ⇒　1　つけている　・　2　つけていない）
(10)食　事	1　自立　・　2　見守り　・　3　一部介助　・　4　全介助
	＜主　食＞　1　ごはん　・　2　おかゆ　・　3　ミキサー　・　4　その他（　　）
	＜副　食＞　1　普通　・　2　柔らかいもの　・　3　細かく刻んで　・　4　ミキサー ＜食べ物アレルギー＞　1　なし　・　2　あり（内容　　）
	＜食事の制限＞　1　なし　・　2　あり（内容　　）
(11)排尿排便	1　自立　・　2　見守り　・　3　一部介助　・　4　全介助
	＜昼　間＞　1　トイレ　・　2　Ｐトイレ・　3　尿器　・　4　オムツ 5　紙パンツ　・　6　パット
	＜夜　間＞　1　トイレ　・　2　Ｐトイレ・　3　尿器　・　4　オムツ 5　紙パンツ　・　6　パット
	＜尿　意＞　1　なし　・　2　あり
	＜便　意＞　1　なし　・　2　あり
	＜排　便＞　　回／　　日（ 1　自然排便　・　2　下剤服用　・　3　浣腸使用）
(12)入　浴	回／　　日（ 1　家庭　・　2　施設　・　3　訪問入浴） 入浴の際、介助を　1　行っていない　・　2　行っている
(13)更　衣	1　自立　・　2　見守り　・　3　一部介助　・　4　全介助 （一部介助又は全介助の内容　　）
(14) 移　動	1　歩行ができる⇒　1　自立　・　2　杖　・　3　歩行器　・　4 手押し車
	2　普通の車椅子⇒　1　自分でできる　・　2　介助が必要
	3　リクライニングの車椅子
(15)移　乗 ベッド⇔車椅子へ移動	1　自立　・　2　見守り　・　3　一部介助　・　4　全介助
(16)認知症	1　なし　・　2　あり
(17)特記事項	

Ⅲ　入所希望者の介護保険状況

1　保険者		
2　保険者番号		
3　被保険者番号		
4　整理番号		
5　要介護度の状況		
記入年月日	要介護度	認定期間
申し込み時	要介護　1、　2、　3、　4、　5	年　月　日～　年　月　日
6　担当介護支援専門員	1　いる　・　2　いない　⇒　いる場合は、次の項目をご記入ください。	
	(1)事業所名	
	(2)氏　名	
	(3)電話番号	

Ⅳ　特例入所の要件・理由

特例入所の要件への該当に関する考え（要介護１又は要介護２の方が申込む場合に記入して下さい。）	**入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由** □　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みられる □　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みられる □　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、同居家族が高齢また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供給が不十分である 上記要件の具体的な理由

Ⅴ　介護者の状況

1　同居家族及び主介護者の状況

同居家族をご記入ください。

主に介護に携わっている方は◎、その他で介護に携わっている方は、△を備考欄に付けてください。

氏　名	続 柄	年 齢	就労の状況	病気等	障 害	介 護	備 考
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
			ある・ない		ある・ない	必要・不必要	
2 別居家族の介護協力	1　ない・　2　ある（　常時　・　随時　・　緊急時　）						

Ⅵ　説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設への入所申し込みに際し、申し込みから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。

なお、貴施設が入所順位の決定及び申込者の整理等のために必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に係る情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設、福祉施設及び医療機関から収集及び提供することに同意します。

年　　月　　日

入所希望者：

入所希望者の家族：

Ⅶ　留意事項

入所申込書に記載した内容に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合などは、次のいずれかの施設にご連絡ください。

施設名	電話番号	担当者
ほうせい園	０２５－３８７－０９００	生活相談員
ながうらの郷	０２５－３８６－１１８８	

申込みの有効期間は、入所申込みの日から3年間です。
引き続き申込を希望する場合は、更新の手続きが必要です。