

社会福祉施設千尋会 入所申込書

申込者(※今後、確認事項等についての連絡先になります)

申込日	令和 年 月 日()	〒	住所:
受付日	令和 年 月 日()		フリガナ
受付者			氏名: () 続柄
(申込先) 入居希望 の施設	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 嬉の里 (全室個室)		電話:
	<input type="checkbox"/> 特定有料老人ホームむつみ (スタンダード・デラックス)		その他連絡先:
			メールアドレス:

紹介先	● 申込みにあたって差し支えなければ紹介元を教えてください ●		
	<input type="checkbox"/> 病院や施設の担当者	<input type="checkbox"/> ネット・施設のHPを見た	<input type="checkbox"/> 前から知っていた
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> デイやショートを利用している	<input type="checkbox"/> 口コミ

施設入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	明・大・昭・ 年 月 日 () 歳	
	現住所	〒			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日			
	認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 老健や特養等の施設や病院に入っている。 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用している。 (施設や病院等に入っている方のみ記入して下さい) ○施設名または病院名 _____ ○所在地(市町村名のみ) _____ ○入所又は入院期間: 年 年 月 日から入所・入院している。			
	入所を希望する理由(該当するもの全てを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所(退院)を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他()			
	認知症状	<input type="checkbox"/> 徘徊() <input type="checkbox"/> 不潔行為() <input type="checkbox"/> 不穏行動() <input type="checkbox"/> 自傷行為() <input type="checkbox"/> 暴力行為() <input type="checkbox"/> 昼夜逆転() <input type="checkbox"/> 異食行動() <input type="checkbox"/> 火の不始末() <input type="checkbox"/> 被害妄想() <input type="checkbox"/> その他: ()			
		頻度	①ほとんど毎日 ②週3~4回程度 ③週1~2回程度 ④月に数回程度		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 過去1年入院あり(病名:) 【現在治療中の病気・既往歴・特記事項】			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい				

※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下さい。

主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所：			
	意見				

【特養を申込みされた要介護1・2の方へ】

要介護1又は2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活上を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められたことが必要です。下記の項目に該当することがあれば、をしてください。

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等が頻繁に見られる。

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。

上記項目には該当しない。

その他	
-----	--

●申込者本人以外の者が上記を記載した場合は氏名の記入をお願いします。

(フリガナ) 氏名		本人との関係	
-----------	--	--------	--

同意確認欄	<p>① 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。</p> <p>② 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。</p> <p>③ 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。</p>
	<p>入所希望者氏名 _____ 印</p> <p>申込者氏名 _____ 印</p>

担当ケアマネージャー	【事業所名】	
	【氏名】	【電話番号】

【職員記入欄】