

# 新潟南福祉会 特別養護老人ホーム 入所申込書

## 申込者連絡先

申込者氏名	(フリガナ) ----- (続柄 )
住所	〒
電話番号	— —

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ) -----	性別	男 ・ 女
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)
現住所	〒 TEL — —		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入省略)		
介護保険	被保険者番号		認定有効期間
	要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	平成 年 月 日~平成 年 月 日
入所の意向	法人内3施設の入所希望順位		
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 希望順位あり→ 虹の里( 番) 花見の里( 番) 黒崎の里( 番)		
	居室の希望		
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室		

## 現況

所在	<input type="checkbox"/> 在宅(独居・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所中 → 施設(病院)名 _____ 年 月頃~		
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(管からの食事) <input type="checkbox"/> 点滴	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助 使用下着(布パンツ・紙パンツ・紙オムツ)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助	
	移動	<input type="checkbox"/> 自分で歩く <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使って歩く <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上でのみ過ごす	
	移乗	* 車いすを使用している方のみ <input type="checkbox"/> 自分で車いすに乗る <input type="checkbox"/> 介助にて乗る	
	認知症	* 認知症により現在出現している症状があったら、お書き下さい(例: 落ち着きなく動き回る 等)。	
	既往歴 (今までにかかった、大きな病気)	年 月頃	年 月頃
	年 月頃	年 月頃	年 月頃
	年 月頃	年 月頃	年 月頃

特記事項(ご家族の状況も含め、現在困っていることや施設入所を希望される理由等)

担 当 介護支援専門員	氏 名		連絡先	電話 ( )
	事業所名			

留 意 事 項	<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるい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。</p>			
	【連絡先】	特別養護老人ホーム虹の里	<input type="checkbox"/>	
		電 話	0256-86-3770	
		ファックス	0256-86-3771	
	担当者名	笹川 暁	小林 真澄	
		特別養護老人ホーム花見の里	<input type="checkbox"/>	
		電 話	0256-88-5633	
		ファックス	0256-88-5610	
		担当者名	黒川 剛	内藤 雅晴
		特別養護老人ホーム黒埼の里	<input type="checkbox"/>	
		電 話	025-377-1116	
		ファックス	025-370-6150	
		担当者名	一瀬 智之	山崎 愛

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申込みに際し、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。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。</p>			
	平成	年	月	日
			入所希望者	_____ (印)
			入所希望者の家族	_____ (印)

特例入所の要件・理由 (要介護1又は要介護2の方が入所を申込み場合に記入してください。)	<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> 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見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又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</p>			
	上記要件の具体的な理由			
	.....			
	.....			
	.....			
	.....			
	.....			

