

記入例

整理番号 _____

受付日：令和 年 月 日

受付者： _____

入所申込書

社会福祉法人登米福祉会
特別養護老人ホーム 施設長 殿

入所希望者（申込者）

申込年月日：令和 〇 年 〇 月 〇 日

| | | | | | |
|---------------|---|---|---|--|----------------------|
| フリガナ | トメハナコ | | 性別 | 生年月日 | |
| 氏名 | 登米花子 | | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 | 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇 歳) |
| 住所 | 〒987 - 〇〇〇〇 登米市 登米町寺池桜小路132 電話番号 0220 (53) 7260 | | | | |
| 介護保険 認定状況 | 介護保険被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | |
| | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 更新申請中, 区分変更申請中 特例 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | | | |
| | 有効認定期間 | 令和 〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇年 〇〇月 〇〇日 | | | |
| 居宅介護支援 事業者 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 事業所名 | 〇〇ケアプランセンター | | |
| | | 担当ケアマネジャー | 寺池 一郎 | | |
| 入所居室希望形態 | <input checked="" type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> どちらでも | | | | |
| 他施設の 申込み状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる (施設名) <input checked="" type="checkbox"/> 今後申込み予定 (施設名 特別養護老人ホーム桜小路苑) | | | | |

申込み代行者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）

| | | | |
|----|---|-----------|-------|
| 氏名 | 登米次郎 | 入所希望者との続柄 | 子（次男） |
| 住所 | 〒987 - 〇〇〇〇 登米市 登米町寺池桜小路132 ※連絡可能な時間（午後3時頃） 電話番号 0220 (53) 7260 | | |

同意書・確認欄

- ①入所希望者・介護者を円滑に支援するため、登米市及び介護保険サービスの提供に際して、必要な情報に関係する機関又は介護サービス事業者等に、この申込み内容を情報提供することに同意します。
- ②入所の待機中に、貴施設以外に入所した場合、または、要介護度や連絡先等に変更があった場合は速やかに連絡いたします。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名 登米次郎

入所申込現況調査書

| | | |
|----------------------|---|---|
| 入所希望者氏名 | 登 米 花 子 | |
| 記入者氏名 | 登 米 次 郎 (続柄) 子 | |
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦・高齢 (65歳以上) 世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 老健・グループホーム・宅老等 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 施設又は病院に入っている方 ①所在地 (市町村名のみ) <u>登米市</u> ②施設名また病院名: <u>〇〇老人保健施設</u> ③入所または入院期間: 令和 〇 年 〇 月から | |
| 介護者の状況 (お世話している方) | 性別 (年齢) : <input type="checkbox"/> 男 () 歳 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (〇〇) 歳 | |
| | 入所希望者との続柄 : <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input checked="" type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 同居・別居の別 : <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 二世帯住居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:) | |
| | 就業状況 : <input checked="" type="checkbox"/> 就業している (就業先: (勤務先名) 時間帯: 〇時〇〇分~〇〇時〇〇分) <input type="checkbox"/> 就業していない | |
| 医療の状況 | ①現在の状況 | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管 (鼻腔) 栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 現在治療中の病気・特記事項等 () |
| | ②現在までの主な病気 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> リウマチ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (脊髄狭窄症) かかりつけ医師 (〇〇〇医院) |
| 本人の状況 | 視 力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> 非常に見えにくい <input type="checkbox"/> 補助具 (<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 拡大鏡 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ルーペ) を使用 |
| | 聴 力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> やや聴こえにくい <input type="checkbox"/> 非常に聴こえにくい <input type="checkbox"/> 補助具 (<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他) を使用 |
| | 発 語 | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> やや発語しにくい <input type="checkbox"/> 非常に発語しにくい |
| | 移 動 | <input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 杖 ・ <input type="checkbox"/> シルバーカー) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子使用 (<input type="checkbox"/> 自乗 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 大半がベッドで生活 |

| | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|---|--------|---|
| 本人の状況 (※は分かる範囲で) | 介護保険サービス利用状況 | <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない | | | | |
| | 住居状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 持ち家 (<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 借家・貸マンション・アパート <input type="checkbox"/> 社宅・寮 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 間借り <input type="checkbox"/> 下宿 <input type="checkbox"/> その他) | | | | |
| | ※経済状況 | 年金種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 | 年額 | 72万 円 | |
| | | 恩給等種類 | <input type="checkbox"/> | 年額 | 円 | |
| | | その他収入 | <input type="checkbox"/> 不動産収入 (円) <input type="checkbox"/> 利子・配当収入 (円) <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 利用料の支払い | <input checked="" type="checkbox"/> 本人の年金から <input checked="" type="checkbox"/> 家族で一部負担 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| ※前年の課税状況 | ○所得税 | 年 | | 円 | | |
| | ○住民税 | 年 | | 円 | | |
| 入所希望の理由 | <input type="checkbox"/> 介護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 checked="" type="checkbox"/> 介護する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"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が困難なため <input checked="" 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 () | | | | | |
| 保証人身元引受人 | フリガナ | トメジロウ | | 性別 | 関係(続柄) | 入所希望者と |
| | 氏名 | 登米次郎 | | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 次男 | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 ○○年 ○○月 ○○日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 (○○歳) | | 職業 | 自営業 | |
| | 住所 | 〒987 - 0000 登米市 登米町寺池桜小路132 電話番号 0220 (53) 7260 携帯番号 000-0000-0000 | | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 介護保険者証(写) ※申込書提出時に必ず添付願います。 <input type="checkbox"/> 負担割合証(写) ※同上です。 <input type="checkbox"/> サービス提供票(写) ※介護保険サービスを利用されている方のみ添付願います。 | | | | | |

家族調書

入所希望者氏名 登米花子

家族状況 (※同居家族及び身元引受人の家族を記入。)

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先 | 電話番号 |
|---------|----|-----------|----|----------|---------|
| 登米次郎 | 子 | S00. 0. 0 | 00 | (株) 0000 | 00..... |
| 0 0 0 0 | 0 | S00. 0. 0 | 00 | 0000会社 | 00..... |
| 0 0 0 0 | 0 | H00. 0. 0 | 00 | 0000 | 00..... |
| | | | | | |
| | | | | | |

近親者の状況 (※家族が対応できない場合の協力者)

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先 | 電話番号 |
|---------|-----|-----------|----|--------|---------|
| 0 0 0 0 | 娘 | S00. 0. 0 | 00 | 0000会社 | 00..... |
| 0 0 0 0 | 娘の子 | H00. 0. 0 | 00 | 0000 | 00..... |
| | | | | | |

生活歴 (※生まれ、何人兄弟の何番目か、結婚年齢と結婚前後の職歴、子供の構成状況、子育て中の職歴、趣味、要介護になった経緯、現在の状況までをご記入願います。)

| |
|--|
| 00町にて、0人兄弟(姉妹)の長女として出生。家業は00業。 |
| 00歳の頃、00歳の00 00と結婚し、00町で生活をする。 |
| 夫と00業を営み、その手伝いや主婦業に専念。0人の子を出生。 |
| 00年、長男は00県に就職、00年、次男は地元の会社に就職し、現在同居。 |
| 0年の長女が結婚00市へ転居。 |
| 00年に夫が他界。 |
| 00年00月、自宅で転倒し00骨折、00病院へ入院・手術を受ける。 |
| 要介護状態となり00老人保健施設へ入所、リハビリ中であるが自宅での介護は難しく、現在に至る。 |
| |