

〔小規模生活単位型〕

申込書（特別養護老人ホーム・ショートステイ）

該当するところに○をつけてください

登録番号

施設名

特別養護老人ホーム はるかぜ 施設長 様
利用を希望するので、下記の通り申し込みます。

申込日	平成	年	月	日	受付者
受付日	平成	年	月	日	

利用希望者	ふりがな		性別	生 年 月 日						
	氏 名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)						
	住 所	〒 - (TEL - -) (FAX - -)								
被保険者番号					要介護度	1	2	3	4	5
保険者番号					認定の有効期限	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日				
保険者名										
認定審査会の意見等										
居宅介護支援事業所(施設入所者は施設名)			居宅介護支援事業所名							
			担当者(ケアマネージャー名)							
			TEL		- -					

※上記は、利用希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者連絡先	住 所	〒 - (TEL - -) (FAX - -)		
	ふりがな		男・女	生年月日
	氏 名			明・大・昭 年 月 日 (歳)
	利用希望者との続柄			

【特別養護老人ホーム申込者のみご記入ください】

申込状況 (特別養護老人ホームのみ)	☐ 当該施設のみ申し込む。	☐ 他の施設も申し込んでいる。または申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名 () ()	
	申し込み予定施設名 () ()	
	() ()	

説明確認 及び承認欄	私は、入居申込に際し、入居順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。また、今後は、名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。 本人との続柄 平成 年 月 日 氏名 ()
---------------	---

利用（入居）希望者の状況

※該当するものにレ印のうえ、その状況を記入してください。

現在の居所	☐ 自宅で一人暮らしをしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設または病院名 () 施設等へ入所または入院した時期 (昭和・平成 年 月 から)			
介護が必要となった時期と原因	平成 年 月 頃より介護が必要となった ☐ 脳梗塞・脳出血 ☐ 認知症 ☐ 骨折 ☐ リウマチ ☐ 高齢に伴う機能低下 ☐ その他 ()			
医療に関する状況	(特別な医療的対応) ☐ なし ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ その他 () ----- (現在治療中の病気等) ----- (その他健康状態に関する特記事項) -----			
認知症による行動障害 (行動障害の起る頻度にもレ印を付けてください)	☐ 該当なし ----- ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 不穏行動 ☐ 自傷行為 ☐ 暴力行為 ☐ 昼夜逆転 ☐ 異食行動 ☐ 火の不始末 ☐ 被害妄想 ☐ その他 () ----- ☐ ほとんど毎日 ☐ 週 3～4 回程度 ☐ 週 1～2 回程度 ☐ 月数回程度			
介護に関する状況	飲水食事摂取 排尿 排便 入浴 歩行 衣服着脱 視力 聴力 意思の伝達	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 普通 ☐ やや見えにくい ☐ 普通 ☐ やや聞えにくい ☐ 普通 ☐ やや伝えにくい	☐ 一部介助 ☐ 一部介助 ☐ 一部介助 ☐ 一部介助 ☐ 一部介助 ☐ 一部介助 ☐ かなり見えにくい ☐ かなり聞えにくい ☐ かなり伝えにくい	☐ 全介助 ☐ 全介助 ☐ 全介助 ☐ 全介助 ☐ 全介助 ☐ 全介助 ☐ 全く見えない ☐ 全く聞えない ☐ 全く伝えられない

施設使用欄

[illegible]

以下特別養護老人ホーム入居希望者のみご記入ください

入居希望時期	☐ 今すぐ ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ その他 ()
入居を希望する理由 (該当するものをいくつでも選んでください)	☐ 介護する者がいないため ☐ 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため ☐ 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため ☐ 介護する者が就労していて介護することが困難なため ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きい ☐ 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため ☐ 施設や病院から退所(退院)を求められているため ☐ その他 ()

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性別	男	生年月日	続柄	
	氏名			女	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	居住環境	☐ 同居 ☐ 別居 (住所:) 入居希望者宅までの所要時間 (分)					
	就労状況	☐ 就労していない ☐ 就労している (週 日、週 時間程度)					
	健康状態	☐ 健康 ☐ 病弱 ・慢性疾患等で定期的に通院中 (病名:) ・入院していないが継続的な治療を要する (病名:) ・要入院加療 (月程度・病名:)					
	身体状況	☐ 障害有 (級・障害の種類:) ☐ 無					
	要介護度	☐ 有 (要支援 ・ 要介護 1・2・3・4・5) ☐ 無					
	他に対応を要する家族の有無 ☐ 有 ☐ 無	☐ 育児に必要な家族がいる (子どもの年齢 歳) ☐ 3か月以上看病(付添)に必要な家族がいる (自宅療養 ・ 入院中) ☐ 入居希望者以外に介護に必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) ☐ 介護に必要な障害を有する家族がいる (級・種類:)					
介護協力者の有無	☐ 同居親族に協力者がいる ☐ 同居以外の親族に協力者がいる ☐ 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる ☐ 協力してくれる人はいない						
【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】							

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入居希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2 直近のサービス利用票及び別表 (写) ……現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

入居希望者の親族の状況

同居の家族（※入居希望者本人については記入不要です。）					
氏名		生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	続 柄	
				就労状況	
氏名		生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	続 柄	
				就労状況	
氏名		生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	続 柄	
				就労状況	
氏名		生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	続 柄	
				就労状況	
氏名		生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	続 柄	
				就労状況	

近親者の状況	
配 偶 者 本 人	子 孫
兄 弟 姉 妹	甥 姪