

## ■特養入所・■小規模多機能利用申込書

平成 年 月 日

〒709-2136

必ずレ点を入れてください

岡山県岡山市北区御津紙工1410(開設準備室)

(仮称)特別養護老人ホーム古新田げんき・(仮称)小規模多機能施設古新田げんき  
開設準備室 TEL 086-229-1160 FAX 086-229-

必ず添付してください

\* 下記に必要事項をご記入の上、郵送または施設窓口にてお申し込みください。  
その際、介護保険証(コピー)も添付してください。

本人	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇	生年月日	明治・大正・昭和	性別	男・女
	氏名	〇〇〇 〇〇〇	1年1月1日(84歳)	早期入所希望	有・無	
	住所	郵便番号(709-2136)	介護保険証の被保険者番号をご記入ください。	電話番号	086-229-0000	
	介護認定	申請(更新・変更)中 済	被保険者番号	1234567890		
	要介護度	1・2・3・4・5・支	認定の有効期間	平成23年1月1日～平成24年 月31日		
家族・申込者	フリガナ	△△△ △△△	続柄	長男	備考	いずれかに○をつけてください
	氏名	△△△ △△△				
	住所	郵便番号( - )	携帯番号	090-2245-0000	電話番号	086-229-0000
	その他の連絡先	郵便番号( - )	電話番号			
居宅介護支援事業者	事業所名					
	所在地	郵便番号( - )				必ずご記入ください。記入内容でわからないことは当方より居宅介護支援事業所に問い合わせをさせていただきます。(介護保険証に記載されている事業所名をご記入ください)
	担当者名		備考			
入院・入所先	施設名		施設種別			
	所在地	郵便番号( - )	電話番号			
	担当者名		備考			
他施設の申込状況	施設名1		申込予定・済	(申込時期 年 月頃)		
	施設名2		申込予定・済	(申込時期 年 月頃)		
	施設名3		申込予定・済	(申込時期 年 月頃)		

## 【説明確認及び同意書】

- 入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- 入所可能な案内があつたにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から
- 入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等に
- 施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について

説明を受けられた年月日をご記入ください。

平成 年 月 日

氏名

印(続柄)

介護者	該当する番号 (□内は該当) いずれかに○をつけてください	1. 身寄りがなく、介護する者がいない ② 介護する者がいない ( □ 介護者が長期入院・入所 ■ 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が □ 要支援状態・高齢 □ 就労している □ 他にも介護している □ 育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。								
状況	ツク	※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。 <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">困っている事・介護が困難な理由等ご自由にお書きください。</div>								
利用希望者(本人)の状況	現在該(□内は該)のする居番号及び介護サービスの利用状況 (□内は該)	1. 施設 □ 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ 該当するところにし点を入れてください 2. 病院(病名: _____) (入院: 平成 ____年 ____月から) ③ 在宅 □ 自宅で単身 □ 高齢者のみの世帯 ■ 家族と暮らしている(■同居 □近隣) ■ 訪問介護 (■ 週4回以上 □ 週2～3回 □ 週1回) □ 訪問入浴入浴 (□ 週1回以上) □ 訪問看護/訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) <span style="border: 1px solid gray; padding: 2px;">入院・入所中であれば不要</span> □ 夜間対応型訪問介護 □ 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 認知症対応型通所介護 □ 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) □ 小規模多機能型居宅介護								
	心身及び医療の状況	認知症日常生活自立度 □正常 ■I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M ※ 上記を記入し、認知症の周辺症状をご記入ください。 <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">困っている状態を具体的にお書きください。</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">食事</td> <td style="width: 25%;">□自立 ■一部介助 □全介助</td> <td style="width: 25%;">排泄</td> <td style="width: 25%;">□自立 ■一部介助 □全介助</td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td>□自立 □一部介助 ■全介助</td> <td>移乗・移動</td> <td>□自立 ■一部介助 □全介助</td> </tr> </table> □酸素療法 □気管切開 □褥瘡 □透析 □インシュリン □カテーテル □経管栄養(□鼻腔 □胃瘻) □その他( ) [現在治療中の傷病] <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">判る範囲でお書きください。</div> 主治医 [医療機関] _____ [担当医] _____	食事	□自立 ■一部介助 □全介助	排泄	□自立 ■一部介助 □全介助	入浴	□自立 □一部介助 ■全介助	移乗・移動	□自立 ■一部介助 □全介助
食事	□自立 ■一部介助 □全介助	排泄	□自立 ■一部介助 □全介助							
入浴	□自立 □一部介助 ■全介助	移乗・移動	□自立 ■一部介助 □全介助							
その他		<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">ご自由にお書きください。</div>								