

□特養入所・□小規模多機能利用申込書

平成 年 月 日

〒701-2141  
岡山県岡山市北区牟佐1479番地1

特別養護老人ホーム牟佐げんき・小規模多機能施設牟佐げんき

TEL 086-229-1160 FAX 086-229-3636

\* 下記に必要な事項をご記入の上、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		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)	性別	男・女
	氏名				早期入所希望	有・無
	住所	郵便番号( - )		電話番号		
	介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号			
	要介護度	1・2・3・4・5・支	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
申込者	フリガナ		続柄		備考	
	氏名					
	住所	郵便番号( - )		携帯番号		
				電話番号		
居宅介護 支援事業者	その他の連絡先	郵便番号( - )		電話番号		
	事業所名					
	所在地	郵便番号( - )		電話番号		
入院・入所先	フリガナ		担当者名	備考		
	施設名		施設種別			
	所在地	郵便番号( - )		電話番号		
他施設 申込状況	フリガナ		担当者名	備考		
	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、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・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の求めに応じて提供することに同意します。
- ・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確認することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印(続柄 \_\_\_\_\_)

介護者の状況	該当する番号1つに○ (□内は該当項目にチェック)	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)。 ※ 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。	
利用希望者(本人)の状況	該当する住居及び介護サービスの利用状況 (□内は該当項目にチェック)	1. 施設 □ 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 救護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス □ その他( ) 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) □ 訪問入浴介護 (□ 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) □ 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。	
		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	
		□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]	
		主治医	[医療機関] _____ [担当医]
その他			