

入所申込書【社会福祉法人広島県同胞援護財団 特別養護老人ホーム（安佐北区）】

特別養護老人ホームへ以下の通り入所を希望します

申込場所	入所希望する施設及び居室の選択	可部南静養園 カルム	可部南静養園アシステ	
		【個室】	【2人部屋】	【個室】
<input type="checkbox"/>	「可部南静養園カルム」と「可部南静養園アシステ」の【個室】と【2人部屋】のどちらでもよい	○	○	○
<input type="checkbox"/>	「可部南静養園カルム」と「可部南静養園アシステ」の【個室】のみ希望する	○	×	○
<input type="checkbox"/>	「可部南静養園カルム」のみ希望する	○	×	×
<input type="checkbox"/>	「可部南静養園アシステ」のみ希望する	×	○	○

※記入のな

ご希望の施設と居室をお選びいただき、該当するところへチェックしてください。

情報提供の同意	入所希望者ご本人が、本施設に入所することを希望し、本施設が提供するサービスに同意し、本施設が保有する個人情報に同意し、本施設に入所に係る情報の提供を受けることに同意します <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	内容を	内容を確認していただき、可能な限り「はい」をご選択ください。
	施設入所の円滑化に資するため、複数の施設に申し込みをする場合はそれぞれの施設で入所申込書及び添付書類に記載の個人情報	共有すること	に同意します <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

申請者 (連絡先)	住所	氏名
	入所希望者との関係	入所希望者のご家族等、状況確認時に連絡できる方を記載してください。

入所希望者の状況	フリガナ	性別	保険者	
	氏名	男女	被保険者番号	
	生年月日	明・	介護状態区分等	要介護（1・2・3・4・5）
	現住所	〒	認定	介護保険被保険者証を確認しながら記載してください。 月 日から 月 日まで
状況	状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅に家族と同居している <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している（サービスの割合： <input type="checkbox"/> 2割以上 <input type="checkbox"/> 5割以上 <input type="checkbox"/> 8割以上） <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている（入所、入院中の方は下記にご記入ください） ※施設種別・名称 ※病院の場合 ※入所又は入院		
	入所希望の理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護者となることができない <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢者」である <input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない ※居住環境の状況について <input type="checkbox"/> 本人専用の居住スペースがある <input type="checkbox"/> スペースがない ※衛生環境の状況について <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院 <input type="checkbox"/> その他（		

入所希望者の住所や生年月日、住所を記載してください。

介護保険被保険者証を確認しながら記載してください。

現在の居住環境で該当するものにチェックしてください。また、在宅サービスを利用されている方は割合もチェックしてください。病院や施設へ入院（入所）されている場合は、施設名と入所（入院）開始日も記載をしてください。

自宅で介護を継続できない理由を該当する項目全てにチェックしてください。

入 所 希 望 者 の 状 況	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃（まで、以		<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している（これから行う予定）（ 性）			入所をしたい希望時期を記載してください。 待機者が多く、希望に沿えない場合があります。 他の特養への申請状況を記載してください。 早期に入所したい場合は他の施設への申請も検討してください。
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バ		病名	発症年月	現在の治療の有無	
	医療の状況	年 月	□有 □無	病院名	診療科	担当医師名	
	年 月	□有 □無	科	科			
		□有 □無	かかりつけの病院名等を記載してください。				
		□有 □無					
		□有 □無					
		□有 □無					
入 所 の 必 要 性	入所申請	申請までの在宅や施設での生活歴を記載してください。 （例）〇年〇月までは岡山で1人暮らしをしていたが、転倒し怪我をすることが多く、 △年△月に一緒に生活を始めた。□年□月に骨折し、車椅子での生活となり、老健 ××へ入所した。等					
	特記事項	※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）					
		緊急を要する理由等があれば記載 （例）老健××から〇年〇月までに退所を求められている。等					
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ）名前（ ） <input type="checkbox"/> いない					
	在宅サービス利用中の方は担当ケアマネを記載してください。						
	【要介護1または要介護2の入所申込者のみ記入】 ※要介護1または要介護2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当すると思われる項目にチェックをしてください。						
	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に 頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に 困難さ等が頻繁にみられる。 <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、自身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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。						
	要介護認定1または2で申込みを希望される方は 該当する項目へチェックしてください。						

【施設記入欄】

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合やお亡くなりになった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず申込先の施設へ連絡してください。