



優先入所申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

特別養護老人ホームに入所したいので次のとおり申し込みます。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み
	<input type="checkbox"/> 他の施設申込んでいる施設名

申込者連絡先

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

住所	〒 -		
氏名			
日中の連絡先	()		
夜間の連絡先	()		

フリガナ			男・女	現住所	〒 -		
氏名 (入所希望者)							
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()						
介護保険被保険者証を発行している市町村名			社会福祉法人等の減免制度の適用	有・無			
被保険者番号						年金(種別)	
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~	平成 年 月 日	障害者手帳等	有・無 ()			
入所希望者・介護者等の状況	要介護度	要介護 1	2	3	4	5	点
	日常生活自立度(痴呆度)	痴呆 I	II	III	IV	M	
	在宅サービスの限度額割合	<input type="checkbox"/> 30%未満	<input type="checkbox"/> 30~49%	<input type="checkbox"/> 50~59%	<input type="checkbox"/> 60%以上	点	
	主たる介護者等の年齢	<input type="checkbox"/> 60歳未満	<input type="checkbox"/> 61~70歳	<input type="checkbox"/> 71~75歳	<input type="checkbox"/> 76歳以上	点	
	介護者等が障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無し (特記	<input type="checkbox"/> 介護可能	<input type="checkbox"/> 多少困難	<input type="checkbox"/> 介護困難	点	
	介護者等の就労	<input type="checkbox"/> 無し (特記	<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> 4~7時間	<input type="checkbox"/> 8時間以上 高齢で就労不能	点	
	他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無し (特記	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2以上	点	
	介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> 無し (特記	<input type="checkbox"/> 随時育児・看病	<input type="checkbox"/> 半日育児・看病	<input type="checkbox"/> 常時育児・看病	点	
介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> ふつう (特記	<input type="checkbox"/> やや消極的	<input type="checkbox"/> 非常に消極的	<input type="checkbox"/> 介護拒否	点		
他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 無し (特記	<input type="checkbox"/> 常時あり	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> ほとんど無し	点		

入所希望者・介護者等の状況	別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> ほとんど無し (特記 _____)	点			
	介護者等の経済的負担	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 高介サ費15,000円 <input type="checkbox"/> 高介サ費24,600円 <input type="checkbox"/> その他 (特記 _____)	点			
	住 環 境	<input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 問題有り <input type="checkbox"/> 非常に問題有り <input type="checkbox"/> 住居無し (特記 _____)	点			
	現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅以外で暮らしている (_____) <input type="checkbox"/> 施設病院等に入っている <u>病院名又は施設名</u> <u>所在地(市町村名のみ)</u> 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日から入所(入院)している				
	医 療 の 状 況	<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%">現在治療中の病気・既往歴</td> <td style="width:50%">入院歴</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (_____) </td> </tr> </table>	現在治療中の病気・既往歴	入院歴	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
現在治療中の病気・既往歴	入院歴					
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
身 体 ・ 医 療 状 況 ・ 介 護 上 困 っ て い る こ と	(具体的にご記入ください)					

担当ケアマネージャー	氏 名	連絡先TEL
	事業所名	

小 計	点	総 合 計	点
-----	---	-------	---

説明確認欄	私は、入所申し込みに際し、入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 ____年 ____月 ____日 氏名 _____ (本人との続柄) _____ (印) (_____)
-------	--