

指定介護老人福祉施設 せせらぎ 入所申込書

◇入所申込みにあたり下記書類が必要となります。

- ① 介護保険証のコピー
- ② 介護保険負担割合証のコピー（平成 27 年 8 月 1 日～）

◇入所希望者（ご本人）

フリガナ			性別	男性 女性	生年 月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）						
氏名												
現住所	〒 -				TEL: ()							
要介護度	1・2・3・4・5		保険者	市区 町村		被保険 者番号						
認定 有効期間	平成 年 月 日 ～ 年 月 日		介護保険負担 限度額認定証		無・有（ 段階）							

◇申込者（ご本人の申込みの場合は記入の必要はありません）

フリガナ			入所希望者との続柄								
氏名			連絡先	自宅: ()	携帯: ()						
住所	〒 -										

上記入所希望者について、この入所申込書により貴施設への入所を希望いたします。
待機中に、他の施設に入所が決定した場合、また要介護度、連絡先、状況等変化があった場合は連絡いたします。

◇希望理由

※ 複 数 回 答 可	<p>1.入所申込みが出来るのは原則として要介護度 3 以上の方です。 要介護度 1.2 の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の 2 も回答してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者がいないため</p> <p><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため</p> <p><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困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p> <p>2.要介護度 1.2 の方については、下記該当するものを回答してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる</p> <p><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心身の安全・安心の確保が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又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、地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である</p>
----------------------------	--

◇希望事項

入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早急	<input type="checkbox"/> 平成	年	月頃入所したい	<input type="checkbox"/> 早急ではない
他施設 申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ				
	<input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 () () ()				
	<input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 () () ()				

◇現在の状況

自宅	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている		<input type="checkbox"/> 家族と暮らしている		
☆在宅サービスの利用	ケアプラン		担当		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	作成事業所		ケアマネ		
自宅 以外	☆現在、施設・病院等に入所・入院している				
	施設名・病院名 _____ 所在地（市・区名のみ） _____				
	入所・入院期間 平成 年 月 日 ~ 入所・入院している				

◇介護の状況

主たる介護者の氏名		性別		年齢	歳	続柄	
介護者の世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居						
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担に感じない						
介護者の障害、疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()						
介護者の就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職業:)						
	就労日数: 週に () 日 / 就労時間: 一日 () 時間くらい						
他の要介護者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要介護 1・2・3・4・5)						
介護者の育児・病気の家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()						
介護者の介護の関わり	<input type="checkbox"/> 介護できない <input type="checkbox"/> 介護に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通						
他の同居介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 週に () 回ほど協力あり						
別居血縁者協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 週に () 回ほど協力あり						
近隣者の協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり						

◇健康状態

現疾患（現在のご病気など）	
既往歴（過去のご病気など）	
かかりつけ病院・医院	主治医
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人口肛門
	<input type="checkbox"/> インシュリン: 一日 () 回 <input type="checkbox"/> 在宅酸素
	<input type="checkbox"/> その他 ()

◇介護上の悩み・困っていること・現在の介護状況

◇個人情報使用について

入所希望者、介護者を円滑に支援するために

- ① 社会福祉法人 特別養護老人ホーム せせらぎ 内部で情報共有させていただきます。
- ② 行政機関等にこの申込み内容を情報提供させていただきます。

同意日：平成 年 月 日

氏名 _____

⑩