

**ユニット型指定介護老人福祉施設入所申込書**  
(特別養護老人ホーム)

施設名

特別養護老人ホーム大高 施設長 様

入所を希望するので、下記のとおり申込みます。

|     |    |   |   |   |
|-----|----|---|---|---|
| 申込日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 受付者 |    |   |   |   |

|            |          |   |  |  |         |                     |       |      |   |   |
|------------|----------|---|--|--|---------|---------------------|-------|------|---|---|
| 入所希望者      | ふりがな     |   |  |  | 性       | 男                   | 生年月日  |      |   |   |
|            | 氏名       |   |  |  | 別       | 女                   | 明・大・昭 | 年    | 月 | 日 |
|            | 住所       | 〒 |  |  |         |                     |       | (TEL | ) |   |
|            |          |   |  |  |         |                     |       | (FAX | ) |   |
| 被保険者番号     |          |   |  |  | 要介護度    | 1 2 3 4 5           |       |      |   |   |
| 保険者番号      |          |   |  |  | 保険者名    |                     |       |      |   |   |
| 初回要介護認定年月日 | 平成 年 月 日 |   |  |  | 認定の有効期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |       |      |   |   |
| 認定審査会の意見等  |          |   |  |  |         |                     |       |      |   |   |

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

|     |      |   |  |  |           |  |  |      |   |  |
|-----|------|---|--|--|-----------|--|--|------|---|--|
| 申込者 | 住所   | 〒 |  |  |           |  |  | (TEL | ) |  |
|     |      |   |  |  |           |  |  | (FAX | ) |  |
|     | ふりがな |   |  |  | 入所希望者との続柄 |  |  |      |   |  |
|     | 氏名   |   |  |  |           |  |  |      |   |  |
| 連絡先 | 住所   | 〒 |  |  |           |  |  | (TEL | ) |  |
|     |      |   |  |  |           |  |  | (FAX | ) |  |
|     | ふりがな |   |  |  | 入所希望者との続柄 |  |  |      |   |  |
|     | 氏名   |   |  |  |           |  |  |      |   |  |

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

|      |  |         |
|------|--|---------|
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。 |         |
|      | 既に申し込んだ施設名   | ( ) ( ) |
|      |  | ( ) ( ) |
|      | 申し込み予定施設名  | ( ) ( ) |
|      |  | ( ) ( ) |

|       |   |
|-------|---|
| 説明確認欄 | 私は、入所申込みに際し、入所順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。 |
|       | また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。   |
|       | 平成 年 月 日 氏名 _____ ( )                               |

## 入所希望者等の状況

※該当するものにレ印のうえその状況をご記入ください。

|   |   |                                  |                                   |                                   |                                 |
|---|---|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 現在の居所                                       | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている<br><input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている<br>施設又は病院名 ( )<br>施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)   |                                  |                                   |                                   |                                 |
| 入所希望時期                                      | <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                                  |                                   |                                   |                                 |
| 入所を希望する理由<br><br>(該当するものをいくつかも選んでください)      | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため<br><input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため<br><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため<br><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                  |                                   |                                   |                                 |
| 医療に関する状況                                    | (特別な医療的対応)  |                                  |                                   |                                   |                                 |
|   | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析<br><input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                                  |                                   |                                   |                                 |
|   | (現在治療中の病気等)   |                                  |                                   |                                   |                                 |
| 認知症等による行動障害<br><br>(行動障害の起きる頻度にもレ印を付けてください) | <input type="checkbox"/> 該当なし   |                                  |                                   |                                   |                                 |
|   | <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |                                  |                                   |                                   |                                 |
|   | <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度  |                                  |                                   |                                   |                                 |
| 介護に関する状況                                    | 飲水食事摂取  | <input type="checkbox"/> 自立      | <input type="checkbox"/> 見守り      | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助    |
|   | 排 尿   | <input type="checkbox"/> 自立      | <input type="checkbox"/> 見守り      | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助    |
|   | 排 便   | <input type="checkbox"/> 自立      | <input type="checkbox"/> 見守り      | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助    |
|   | 入 浴   | <input type="checkbox"/> 自立      | <input type="checkbox"/> 見守り      | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助    |
|   | 歩 行   | <input type="checkbox"/> 自立      | <input type="checkbox"/> 見守り      | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助    |
|   | 衣服着脱  | <input type="checkbox"/> 自立      | <input type="checkbox"/> 見守り      | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助    |
|   | 視 力   | <input type="checkbox"/> 普通      | <input type="checkbox"/> やや見えにくい  | <input type="checkbox"/> かなり見えにくい | <input type="checkbox"/> 全く見えない |
|   | 聴 力   | <input type="checkbox"/> 普通      | <input type="checkbox"/> やや聞えにくい  | <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい | <input type="checkbox"/> 全く聞えない |
| 意思の伝達                                       | <input type="checkbox"/> 普通   | <input type="checkbox"/> やや伝えにくい | <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい | <input type="checkbox"/> 全く伝えられない |                                 |

## 介護者の状況

|                                      |   |   |   |   |    |               |   |  |
|--------------------------------------|---|---|---|---|----|---------------|---|--|
| 介護者の状況                               | ふりがな  |   | 性 | 男 | 生年 | 明・大・昭         | 続 |  |
|                                      | 氏名  |   | 別 | 女 | 月日 | 年 月 日<br>( 歳) | 柄 |  |
|                                      | 居住関係  | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ）<br>入所希望者宅までの所要時間（ _____ 分）  |   |   |    |               |   |  |
|                                      | 就労状況  | <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 _____ 日、週 _____ 時間程度）  |   |   |    |               |   |  |
|                                      | 健康状態  | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____ )<br>・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____ )<br>・要入院加療（ _____ か月程度・病名 _____ ) |   |   |    |               |   |  |
|                                      | 身体状況  | <input type="checkbox"/> 障害有（ _____ 級・障害の種類： _____ ） <input type="checkbox"/> 無   |   |   |    |               |   |  |
|                                      | 要介護度  | <input type="checkbox"/> 有（要支援・要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無  |   |   |    |               |   |  |
| 他に対応を要する家族の有無                        | <input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 _____ 歳）<br><input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）の必要な家族がいる（自宅療養・入院中）<br><input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援・要介護 1 2 3 4 5）<br><input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる（ _____ 級・種類： _____ ） |   |   |   |    |               |   |  |
| 介護協力者の有無                             | <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる<br><input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる<br><input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる<br><input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない   |   |   |   |    |               |   |  |
| 【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】 |   |   |   |   |    |               |   |  |

### ※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証（写）
- 2 直近のサービス利用表及び別表（写）……………現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

## 入所希望者の親族の状況

| 同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。） |  |          |                  |      |  |
|-----------------------------|--|----------|------------------|------|--|
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                  | 就労状況 |  |
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                  | 就労状況 |  |
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                  | 就労状況 |  |
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                  | 就労状況 |  |
| 氏名                          |  | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日 | 続柄   |  |
|                             |  |          |                  | 就労状況 |  |

| 近親者の状況  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">配偶者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 10px auto;">本人</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">子</div>  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">孫</div> |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">兄弟姉妹</div>  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">甥姪</div> |   |  |