特別養護老人ホーム入所申込書

申込日	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日

申込者

〒　　－
住所:
氏名:
電話:

〇特別養護老人ホームに入所したいので、入所調査票、認定調査票(写)、主治医意見書(写)、被保険者証(コピー),負担限度額認定証(コピー)負担割合証(コピー)を添えて次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)				保険者	
入所希望者の状況	フリガナ		性別	被保険者番号	
	氏　名		男・女	要介護度	1・2・3・4・5
	生年月日	明　大　昭　　年　　月　　日生(　　)歳		要介護認定期間	年　月　日から 年　月　日まで
	現住所 電話	〒 住所 電話			
	現　況	□単身　□高齢者世帯、介護者が虚弱等　□介護者が就業中、複数の人を介護している等 □現在、特養等の施設や病院に入っている(下記に記入して下さい) ◇施設名又は病院名:(　　) ◇所在地(　　) ◇入所又は入院時期:　　年　　月から入所・入院している			
	入所を希望する理由(該当するものを全て選んで下さい。)	□介護する者がいないため □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 □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 □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 □居住環境の事情により十分な介護が困難なため □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 □その他(　　)			
	入所希望時期	□今すぐ入所したい　□令和　　年　　月頃までにしたい　□ 今後、必要になった時の備え			
	医療の状況	□経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□その他(　　) 【現在治療中の病気・特記事項等】			
	申込状況	□当該施設のみ申し込む　□他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 (　　) ◇今後申し込む予定の施設名　(　　)			
主たる介護者	フリガナ		性別	本人との関係	
	氏　名		男・女	生年月日	
	同居の区分	□同居している □別居している　住所: 電話:			
	意　見	【介護をしているうえで困っていること等】			

改H29.9　すみれ会

特別養護老人ホーム入所調査票

対象者		被保険者番号										

担当ケアマネージャー記入欄

担当ケアマネージャー氏名	事業所名	連絡先 TEL: FAX:

年　月	要介護度	介護者の有無	在宅サービス直近3ヶ月利用単位数			
	１・２・３・４・５	単身　介護者有		3ヶ月前	2ヶ月前	1ヶ月前
	認　知　症　状		要介護			
	正常　Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		利用単位数			
	知的障がい	有　・　無	精神障がい	有　・　無	虐　待	有　・　無
	意見					

認定調査票(写)主治医意見書(写)被保険者証(コピー)負担限度額認定証(コピー)を添付してください。

施設記入欄

入所申込書受付日:　　年　　月　　日	入所決定日:　　年　　月　　日

年　月	要介護度	認知症状	介護者の有無	在宅サービス利用率	合計
	１・２・３・４・５	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	単身・介護者有	%	点
			点	点	

年　月	要介護度	認知症状	介護者の有無	在宅サービス利用率	合計
	１・２・３・４・５	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	単身・介護者有	%	点
			点	点	

年　月	要介護度	認知症状	介護者の有無	在宅サービス利用率	合計
	１・２・３・４・５	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	単身・介護者有	%	点
			点	点	

改H29.9　すみれ会