

社会福祉法人陽光会			
様式番号	QBE8.2.2-1-1	版数	第3版(2018.4.1)

提出日：平成 年 月 日

社会福祉法人陽光会 特別養護老人ホーム 入居申込書

入居希望施設（希望施設に <input checked="" type="checkbox"/> ：複数可）	<input type="checkbox"/> サンライフ問屋町	<input type="checkbox"/> サンライフアネックス
--	-----------------------------------	-------------------------------------

(1) 申込者様の連絡先（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。）

フリガナ			入居希望者との関係
氏名	様		
住所	〒 -		
電話番号	自宅	-	携帯 -

(2) 入居希望者様の現在の状況

フリガナ			性別	明・大・昭	年	月	日生
氏名	様		男・女	(満 歳)			
住所等	〒 - 区 -						
要介護度	要介護_____ 認定日：H_____ (□更新申請中 □変更申請中 □認定結果待ち) [認定有効期間] 年 月 日 ~ 年 月 日 負担割合_____ 割						
介護保険証番号			□前橋市 □その他 ( )				
現在の状況	□ご自宅で生活している □入所や入院をしている (H . . ~) [具体的に]						
医療的処置	□経管栄養(胃瘻・経鼻) □インシュリン注射 □尿管カテーテル □人工肛門 □在宅酸素 □その他 ( )						
身体の状況	次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに1つ○印を付けてください。 ア. 身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる。 イ. 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 ウ. ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる(車イスで座る姿勢が保てる)。 エ. 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。						
かかりつけ医	医療機関名 _____ 診療科 _____ 科 主治医 _____ Dr 医療機関名 _____ 診療科 _____ 科 主治医 _____ Dr						
所得状況	利用料金説明に用います。入居希望者様ご本人の所得をご記入ください。 □年金・恩給の収入：年額 約 _____ 万円 □その他の収入(不動産・利子・配当収入等)：年額 約 _____ 万円						
特養の申込み状況等	□サンライフ以外の特養には申込んでいない(申込予定もない) □申込(予定)あり(他申込施設名 _____ ) 入居希望時期等 □連絡が来たらすぐに入居できる □とりあえず申込みを行う □その他						

(3) 特別養護老人ホームに入居を希望する理由等 (あてはまる理由すべてにチェック)

- 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。
- 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。
- 他にも介護をしなければならない家族がいる。
- 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。
- 病院や他の施設から退所を求められている。
- 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。
- その他の理由 (以下にご記入ください)

(4) 入居希望者様の認知症等の状況

認知症の症状はみられない

認知症の症状がみられるも、日常生活はほぼ自立している。

認知症の症状がある⇒  一人では日常生活を送ることが難しく、介護を必要とする。

一人では日常生活を送ることが難しく、常に介護を必要とする。

以下のような行動がある場合には、すべてにチェックを付けてください。

- 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。
- 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。
- 電話や留守番での受け答えが出来なくなった。
- 家族や介護者への暴言や抵抗がある。
- 家の外をさまよいつく。  夜間眠らない。  鍋を焦がすなど、火の不始末がある。
- 意味不明の言動がある。  奇声を上げる。  金銭の勘定が出来なくなった。
- ひんぱんに服を脱ぐ。  大便をいじる。  トイレ以外の場所で放尿する。
- 同じ事を何度も言う。  意思の疎通が困難。  食べ物以外を食べる。
- その他の症状 (以下にご記入ください)

(5) 介護者 (ご家族) の状況

\* ご自宅での介護ができない理由等をご記入ください。

氏名	性別	年齢	続柄	住まい	居住している市区町村名
主介護者	男・女	歳		同居・別居	
介護者	男・女	歳		同居・別居	
	男・女	歳		同居・別居	
病気や障害等					
就労や育児の状況					
介護負担等					

申込者欄 (家族等) ※入居契約の代理人及び身元保証人となれる方をお願いします。

入居申込に係る説明事項について確認しました。

平成 年 月 日

氏名 (自署)

続柄

申込代理者欄 (介護支援専門員)

代理申込介護支援専門員の意見

入居申込に係る説明事項について確認のうえ、入居希望者又は家族等にその旨を報告します。

平成 年 月 日 代理申込介護支援専門員氏名

印

事業所名

電話番号

※添付書類として、入居希望者様の介護保険被保険者証の写しを添付してください。