

やすらぎの園 柴やすらぎの園 入所申込書

総合福祉施設 やすらぎの園所長殿

申込者氏名 _____ (続柄 _____)

住所 _____

☎ _____ (_____)

入所希望施設名 ※複数選択可
<input type="checkbox"/> やすらぎの園 (篠ノ井)
<input type="checkbox"/> 柴やすらぎの園 (松代)

※柴やすらぎの園の申し込み対象者は長野市在住者のみ

貴施設へ入所したいので、関係書類を添えて下記の通り申し込みます。

ふりがな	入所希望者氏名		男・女	生年月日	MTS	年	月	日	(歳)
	住所		〒 _____ ☎ _____ (_____)						
保険者(市町村)	被保険者番号 _____								
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					<input type="checkbox"/> 申請中			
	認定有効期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日								
	【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められることが必要なため、下記の該当する状況を選択してください。								
	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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。								
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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。								
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称 _____						担当者 _____		
	☎ _____ (_____)								
	現在の居場所								
身体状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している <input type="checkbox"/> 自宅以外の親戚の家で生活している								
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所(入院)中 (名称： _____) _____ 年 _____ 月 _____ 日～								
	身長	cm	体重	kg	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない			
	移動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			用具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	食事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> その他(_____)				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			排泄用具	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ				
着脱	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				<input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他(_____)				
精神状況	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有り (→下記特徴行動を記入) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明							
	認知症の特徴行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他(_____)							
既往歴									
現在受けている治療状況	<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> その他(_____) 【現在治療中の病名： _____】								
過去の入所・入院歴	年 _____ 月 _____ 日	名称： _____	年 _____ 月 _____ 日	名称： _____	年 _____ 月 _____ 日	名称： _____	年 _____ 月 _____ 日	名称： _____	年 _____ 月 _____ 日

家族の状況	<input type="checkbox"/> 家族(=配偶者、子、父母、孫、兄弟姉妹、内縁関係の者) が全くいない									
	<input type="checkbox"/> 家族はあるが、家族自身に病気や障害があり介護が全くできない									
	<input type="checkbox"/> 家族はあるが、家族自身が病弱・高齢であり介護困難									
	<input type="checkbox"/> 家族はあるが、複数の要介護者を介護しており介護の負担が大きい									
	<input type="checkbox"/> 家族はあるが、他に協力してくれる者がおらず介護の負担が大きい									
	<input type="checkbox"/> 家族はあるが就労・育児により介護の負担が大きい									
	<input type="checkbox"/> 家族はあるが、遠方に住んでおり介護に支障がある									
	<input type="checkbox"/> 上記のいずれの項目にも該当しない									
主たる介護者の状況	ふりがな		男・女	生年月日	MTS	年	月	日	(歳)	
	氏名									
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居 (※下記「住所」欄に記入)								
	住所	☎ ()								
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ()								
特記事項 (健康状態等)	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている (理由:) <input type="checkbox"/> 介護者自身が要介護者である (介護度:)									
居住環境等	<input type="checkbox"/> 段差や風呂場等住宅環境上の問題があり、住宅改修による改善も難しく自宅での生活は困難									
	<input type="checkbox"/> 病院や施設に入院・入所しているが、現在退院・退所を求められている									
	<input type="checkbox"/> 病院や施設に入院・入所しているが、3ヶ月以内に退院・退所しなければならない									
	<input type="checkbox"/> 上記のいずれの項目にも該当しない									
本人の意向	本人が入所を： <input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない <input type="checkbox"/> 不明									
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所を希望する <input type="checkbox"/> 年 月頃までに希望する <input type="checkbox"/> 当面は入所の必要はなく将来に備えて入所を希望する									
自由記述欄 (在宅介護が困難な理由等) ※別紙添付も可										
他の特養への 申込状況	<input type="checkbox"/> 申し込む予定はない <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定 <input type="checkbox"/> 他に申し込みをしている (計 施設) 【申込済みの施設名称 () () ()】									

個人情報に関する同意及び説明 確認欄	私は、①保険者（市町村）、居宅介護支援事業者等が保有する私の個人情報を入所希望施設へ提供すること、②県、保険者の照会に対して必要な私の個人情報を施設が提供することに同意します。また、入所申込に際し入所申込から入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。								
	令和 年 月 日					入所希望者氏名 _____ 印			
					申込者氏名 _____ 印				