

シニアホーム 武甲の郷

- 特定施設入居者生活介護
- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 短期利用特定施設入居者生活介護

入 居 申 込 書

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
		受付時刻	午前・午後 時 分

武甲の郷管理者殿

申込者（連絡先）（本人との続柄）

住 所	〒		
ふりがな 氏 名		電話番号	( )

シニアホーム武甲の郷に入居を希望するので、次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	ふりがな			性 別	男 ・ 女	
	氏 名			住民登録	市・区・町・	
	現住所	〒 _____ 電話 _____				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)				
	健康保険	後期高齢者医療 ・ 国民健康保険	被保険者番号 (記号・番号)			
	年金等	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金				
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判 定 _____ 級(度) _____ 年 月 日)				
	介護保険	被保険者番号		保険者(市町村)		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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 (認定期間) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日				
	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している				

施設名又は病院名 (所 在 地)	_____ 市・区・町・村
入所又は入院期間	_____ 年 月 日 ~

入居希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [ ] *1 該当するものをすべて選んでください。 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [ ] *2 [ ] 内に事業者名を記入してください。 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [ ] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他 ( )																															
	身体状況	<table border="1"> <tr> <td>食事摂取</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 (副食)                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 刻み                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助  <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー  <input type="checkbox"/> ミキサー                 </td> </tr> <tr> <td>排泄</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立 (おむつの使用)                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> なし                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 全部介助  <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ                 </td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 一部介助                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 全部介助                 </td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 見守り                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助                 </td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td> <input type="checkbox"/> 自立 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 寝たきり                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 見守り                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助  <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす                 </td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度                 </td> <td></td> </tr> <tr> <td>聴力</td> <td> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる                 </td> <td></td> </tr> <tr> <td>言語</td> <td> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 聞き取れない                 </td> <td></td> </tr> </table>	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 (副食)	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ミキサー	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (おむつの使用)	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる		言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 (副食)	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ミキサー																														
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (おむつの使用)	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ																														
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助																														
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助																														
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす																														
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度																															
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる																															
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない																															
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする (自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 _____ _____ _____ _____ _____)																																

入居希望者の状況	医療的処置 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他 (現在治療中の病気) ( )														
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 30%;">入院・通院病院</th> <th style="width: 40%;">期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～</td> </tr> </tbody> </table>		病名	入院・通院病院	期間			年 月～			年 月～			年 月～		
	病名	入院・通院病院	期間													
			年 月～													
		年 月～														
		年 月～														
(既往症)		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 30%;">入院・通院病院</th> <th style="width: 40%;">期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>			病名	入院・通院病院	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月
病名	入院・通院病院	期間														
		年 月～ 年 月														
		年 月～ 年 月														
		年 月～ 年 月														
入居希望者の意向 (本人が申し込んでいる場合を除く)		<input type="checkbox"/> 入居希望者が特定施設入居者生活介護への入居を希望している <input type="checkbox"/> 入居希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入居希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他( )														
家族や住居等の状況	入居を希望する理由 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院している等の状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい														
	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難															
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所し長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( )															
主な介護者	ふりがな氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)												
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居      電話 ( ) 住所 〒														
	入居希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )														
	(介護をしている上で特に困っていること) _____ _____ _____ _____															

その他	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までには入居したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

担当者	氏名		連絡先	電話 ( )
	事業所名			

備考	<p>本入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入居を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>
----	---

留意事項	入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入居申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。
------	---

説明確認欄	<p>私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの手続きについて、施設から説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p>_____年 月 日 氏名 ( )</p>
-------	--