

有効期限 平成〇年〇月〇日

様式1 特別養護老人ホーム いきいき八田

入 所 申 込 書

Form with sections: 申込年月日, 入所申込者 (Name: 千鳥 花子, Address: 福岡市東区〇〇1-4-15), 家族・申込者 (Name: 千鳥 太郎), 居宅介護事業者 (訪問看護ステーション), 他施設の状況, 入所希望時期.

【説明確認及び同意書】

Text area for explanation and consent, including a list of terms and a signature line for 千鳥 太郎.

※要介護1又は要介護2の方は、裏面の特例入所に関する要件を確認してください。

【特例入所に関する要件】

入所申込者が、要介護1又は要介護2の場合、以下のいずれかに該当することが入所要件となります。該当する項目にチェックしてください。

- 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こと
- 知的障がい・精神障がい等を伴い、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等が頻繁に見られること
- 家族等により深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

入所申込者(本人)	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】 ※今までにかかったことのある病気も下に記載してください。 脳梗塞(平成10年) 糖尿病 高血圧 虫垂炎の手術(40歳)					
	居宅介護サービスの利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない *居宅介護サービス(デイサービス,ショートステイ,ホームヘルプなど)を利用している方は,居宅介護支援事業者から交付された直近の「サービス利用票」と「サービス利用票別表」の写しを添付してください。					
※介護者の状況	介護者	フリガナ	チドリ タロウ	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	介護者の障害・疾病のため		
		氏名	千鳥 太郎		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護多少困難 <input checked="" type="checkbox"/> 介護可能		
		続柄	長男	年齢	複数介護	<input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> していない	
		住所	〒812-0044 福岡市博多区△△5-18-1	歳	育児	<input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> していない	
	その他の介護協力		<input checked="" type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> ときどき有り <input type="checkbox"/> 常時有り				
入所を希望する理由	*施設や病院等から退所を求められている,居住環境が介護に適していない,経済的な理由により,居宅介護サービスを十分に受けることができないなど,特に,特別養護老人ホームの入所を希望する理由があれば記入してください。 (例)介護者が就労中で、別居であるため、今後の介護に不安が大きい。						

〔記入上の注意〕

- 1 太枠 内は、記入しないでください。
- 2 は該当する箇所にはを記入してください。
- 3 ※居宅介護支援事業所は、現在ご利用の事業所がある場合にご記入ください。
- 4 ※入所希望時期は、現在病院等に入院中で、○ヵ月後に退院が見込める場合などは、2.の方に記入してください。
- 5 ※説明確認及び同意書は、内容をご確認の上、署名・捺印をしてください。

施設記入	担当者名	職 種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()
	備考		