

(様式1)

社会福祉法人しろね福祉会
特別養護老人ホームしなの園入所申込書

申 込 日	令和	年	月	日
受 付 日	令和	年	月	日

特別養護老人ホームしなの園 施設長 様

申 込 者 住 所	〒 _____		
フリガナ 氏 名	_____ (続柄)		電話番号 ()

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ) 氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
			生年月日	明・大・昭	年 月 日 歳	
	現 住 所	〒 _____ _____ 電話 ()				
	健 康 保 険	種 別		記号・番号		
	年 金 等	種 別		記号・番号		
	障 害 手 帳 等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定年月: _____ 年 月 _____ 級)				
	介 護 保 険	被保険者番号			保険者名	
	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 (認定期間) 平成 _____ 年 月 日 ~ 平成 _____ 年 月 日				
現 況	<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 <input type="checkbox"/> 自宅で生活している (<input type="checkbox"/> 単身・ <input type="checkbox"/> 同居)					
	施設名又は病院名 (所在地)					
	入所又は入院期間	_____ 年 月 日 ~				

入所希望者の状況	医療的処置 *該当するもの全てに☑(レ点)を入れてください。	<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: 35%;">入院・通院医療機関</th> <th style="width: 35%;">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> (既往症) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 35%;">入院・通院医療機関</th> <th style="width: 35%;">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・通院医療機関	期間			年 月～			年 月～			年 月～	病名	入院・通院医療機関	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月		
病名	入院・通院医療機関	期間																							
		年 月～																							
		年 月～																							
		年 月～																							
病名	入院・通院医療機関	期間																							
		年 月～ 年 月																							
		年 月～ 年 月																							
		年 月～ 年 月																							
入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)		<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへ入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所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 ()																							
入所希望者の意向	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい																							
	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込みしている <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みしている (施設名)																							
担 当 介護支援専門員	氏名	連絡先	TEL ()																						
		事業所名																							
留 意 事 項	本入所申込書に記載した事項等に変更が生じた場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず当施設に連絡願います。 <div style="text-align: right;"> 連絡先：特別養護老人ホームしなの園 電話：025-373-3773 FAX：025-373-3788 担当者：_____ </div>																								

<p>説明確認及び情報収集に係る同意</p>	<p>1 私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p>2 貴施設が、入所順位決定のため必要な範囲において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入 所 希 望 者 _____ ⑩</p> <p style="text-align: right;">入所希望者家族 _____ ⑩</p> <p style="text-align: right;">(本人との続柄 _____)</p>
------------------------	---

<p>特列入所の要件への該当に関する考え</p> <p>(要介護1又は要介護2の方が入所を申し込む場合に記入してください。)</p>	<p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない理由 (<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <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みられる <input type="checkbox"/> 家族等による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 <input type="checkbox"/> 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 <p>上記要件の具体的な理由</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--