

記入例

佐久市特別養護

希望する施設にチェック

所申込書

受付番号		希望施設	<input checked="" type="checkbox"/> みつい <input checked="" type="checkbox"/> きしの	申込日	R2 年 ○ 月 ○ 日
フリガナ	キシノ ミツイ		性別	生年月日	
名前	岸野 みつい		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	○ 年 ○ 月 ○ 日 <input type="checkbox"/> 歳
住所	〒 385-0007 佐久市新子田866		どんな記入の仕方でも大丈夫です。介護が困難な理由をご記入ください		
申込理由	夫との二人暮らし。主介護者は夫だが、高齢のため十分な介護は期待できない。 子供たちもいるが県外で遠方のため、支援は困難である。現在は、○○施設に入所中だが、長期の利用が困難なため申込み 施設・ケアマネに勧められて 現在利用中の施設利用料が高額なため……など				
介護保険	被保険者番号		認定期間		保険者
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		R○ 年 ○ 月 ○ 日 まで		佐久市 ()
	要介護度		認知症高齢者の日常生活自立度		
	<input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 特例		<input type="checkbox"/> M・IV <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 自立		
居場所等	<input checked="" type="checkbox"/> 老健・病院等 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ(相手の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 家族と同居(人家族)				
希望者	(名称 ○△老人保健施設)(期間:R2 年 ○ 月 □ 日から)(理由 骨折後の歩行訓練のため)				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養() <input checked="" type="checkbox"/> カテーテル(尿バルーン) <input type="checkbox"/> ストマー() <input checked="" type="checkbox"/> 酸素療法(1 l)				
	<input checked="" type="checkbox"/> インシュリン(2回/日 8単位) <input type="checkbox"/> 透析() <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()				
	[主治医] ◇○○□ (病院) 医院・クリニック 整形外科 ○△○ 先生				
	[既往歴] 脳梗塞(R1年)、左大腿骨頸部骨折(人工骨頭置換術)、心不全、高血圧 糖尿病(インスリン 8単位/朝夕) 慢性閉そく性肺疾患→在宅酸素療法(10/分)				
	分かる範囲でご記入ください		アルツハイマー型認知症、パーキンソン氏病		
医療身体状況等	[身体状況] 脳梗塞後遺症による左マヒあり。食事摂取は自立している。排泄は一部介助必要 歩行は、短距離は杖歩行可能だが、長距離は車イス介助が必要 難聴あり、大きな声でも意思疎通が難しい ベッド上寝たきり状態…				
	[認知症状]		短期記憶の低下はあるが、日常生活では支障はない 夜間に不穏になることがあり、歩き回ることがある ……など		
居宅介護支援事業所等	事業所名	担当者	電話		
	○△居宅介護支援事業所	△○○□	××××-△△-□◇◇□		
	意見等				
	※記入不要です。(ケアマネージャーさんに連絡させていただき、お話を伺います)				
上記のとおり入所の申し込みをします。					
(申込者)	住所	佐久市○○○ 1234-56	連絡先電話番号(携帯等)		
	氏名	△○△ □○	1 ××××-△△-□◇◇□		
		(入所希望者との関係: 長男)	2 □◇◇□-××-××△△		
佐久市特別養護老人ホーム 施設長 様					

※「介護保険被保険者証(写)」、直近3ヶ月の「利用票及び別表(写)」を添付してください。 ※裏面も記入して下さい。

家 族 等 の 状 況	氏名	続柄	年齢	状況 (病気、要介護、障害、複数介護、就労、退職、育児、その他)
	□○ ○△◇	夫	□○	脳梗塞後遺症あり。高齢でもあり介護はできない
	△○△ □○	長男	××	県外(埼玉県)在住、就労あり
	□○□○ ○◇	長女	△□	市外在住、嫁ぎ先にも要介護者がおり支援は困難、就労あり
ご本人と同居されているご家族を○で囲んでください		特に主に介護されている方の状況をご記入ください。		
家族構成		備考		
<p>長男 長女</p>		夫婦二人暮らし、子供たちは、それぞれ世帯があり県外・市外に在住 月に1回程度の訪問・支援はできるが、日常的な支援は困難である		
		別紙 佐久市特別養護老人ホーム 入所説明書 を読んでいただき、サインをお願いします。		
確認同意欄	私は、入所申し込みの際、入所決定の手続き及び基準等について担当者から説明を受けました。また、入所決定にあたり、施設が関係機関等より入所決定に必要な入所希望者とその家族等の情報を得ることに同意します。 R2年 ○月 □日 入所希望者 氏名 岸野 みつい 入所申込者(代理人) 氏名 △○△ □○			

受 付 処 理 欄	サービス利用率	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 老健 直近3ヶ月の平均	<input type="checkbox"/> 特定施設 %
	介護者状況	1 単身世帯	<input type="checkbox"/> ①在宅
		2 高齢世帯	<input type="checkbox"/> ①介護者になり得ない <input type="checkbox"/> ②十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> ③一部困難
		3 高齢でない介護者がいる世帯	<input type="checkbox"/> ①介護者になり得ない <input type="checkbox"/> ④就労している <input type="checkbox"/> ⑦その他理由で十分困難 <input type="checkbox"/> ②病気、要介護、障害 <input type="checkbox"/> ⑤介護の為就労した () <input type="checkbox"/> ③複数介護 <input type="checkbox"/> ⑥育児をしている <input type="checkbox"/> ⑧以外で一部困難
特記事項	<input type="checkbox"/> ア 住宅がない <input type="checkbox"/> エ 世帯外の人が介護をしている <input type="checkbox"/> キ その他 <input type="checkbox"/> イ 家族内の関係が悪い <input type="checkbox"/> オ 経済的にサービスを受けられない () <input type="checkbox"/> ウ 過去に虐待の疑いがある <input type="checkbox"/> カ 介護者が世帯の生計を維持		
備考			
入所処理欄	入所意向確認	確認日 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 他施設入所() <input type="checkbox"/> 自己都合() <input type="checkbox"/> 保留()	
	備考		
受付担当	<input type="checkbox"/> シルバーランドみつい <input type="checkbox"/> シルバーランドきしの	氏名	

ご記入の仕方で分からない箇所があれば、そのまま空けておいてもらって大丈夫です。場合によってはご連絡させていただきます。