

社会福祉法人西予市野城総合福祉協会
特別養護老人ホーム共通入所申込書

申込者 ※申込者が主介護者の場合は、申込日と氏名以外は裏面に記入してください。

申込日	令和	年	月	日	氏名		続柄		
住所					連絡先				

入所希望者の状況

※太枠印欄は施設にて記入しますので介護保険被保険者証をご持参ください。

※記載された認定期間の途中で介護度に変更された場合は申し込んだ施設にご連絡ください。

フリガナ		性別	※保険者名	西予市・()					
氏名	男・女	※被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	(満	歳)	※要介護度	3 4 5 (特例) 1 2	
現住所 ※自宅住所	〒		—				※有効認定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
	TEL								

要介護1または要介護2の方が申し込まれる場合は、下記のいずれかに該当することが必要ですので、主介護者等の判断で該当すると思われる項目に○を記入してください。

特例に該当するかどうかは、保険者(市)に意見を求めて判断させていただきます。

	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みられる。
	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が頻繁にみられる。
	家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心を確保が困難である。
	単独世帯である、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。

入所希望施設 ※入所を希望する施設に○、または希望順に番号をご記入ください。

※入所順位を決める入所検討委員会は各施設3か月ごとに開催しています。

寿楽苑	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個・多	しいのき園	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個・多
法正園	ユニット型特養(個室のみ)	他法人の施設を優先したい	
入所時期	<input type="checkbox"/> 空があればすぐに <input type="checkbox"/> 順番が来たら考える <input type="checkbox"/> 介護度が上がってから		

入所希望者の現況

食事	<input type="checkbox"/> 経口：自立・介助(食形態：普通食・きざみ・ミキサー) <input type="checkbox"/> 経管：経鼻・胃ろう・腸ろう(IVH)
認知症(周辺症状)	徘徊・介護抵抗・暴言暴力・不眠・妄想・せん妄・不潔行為・異食・摂食障害
医療行為	褥瘡・人工透析・痰の吸引・在宅酸素や夜間酸素マスク・インスリン
既往症	
現在生活しているところ	・自宅 ・病院 ・老健 ・グループホーム ・養護老人ホーム ・その他()【施設名：】 <input type="checkbox"/> 退院許可が出ている・早期の退所を求められている
在宅サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり・ヘルパー・デイ()・ショート() 担当ケアマネージャー：事業所名 氏名

主介護者(①)の状況

氏名		続柄		生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所				職業	
電話番号			携帯番号		

家族の状況 ※主介護者以外

番号	氏名	続柄	年齢	職業	住所(区市町)	電話番号
②						

家族構成

□男性 ○女性 ①主介護者 ②副介護者 ☆キーパーソン
 左から長男長女の順で記入する。同居者は○で囲む。家族状況の番号を記入する。

介護者の状況他

介護者なし	身元引受人となる予定の人(・町内 ・市内 ・県内 ・県外)
介護者あり	主介護者の年齢(・65歳未満 ・65歳以上75歳未満 ・75歳以上 ・80歳以上)
	介護の協力者 ・あり ・なし ・主介護者は就労中 ・主介護者は育児中
	主介護者が、介護保険証、障害者手帳、療育手帳の対象者である 他にも介護・支援をしている人が(・1人 ・2人 ・3人 ・ 人)いる ※この項目に該当する場合は、介護保険証、障害者手帳、療育手帳のコピーが必要です

介護上の悩みや困っていることをご記入ください。

同意書

介護保険サービスの円滑な運営を支援するため次のことについて同意します。

1. 入所検討委員会に必要な「介護認定に係る情報」を市町から得ること。(個人情報の取り扱い)
2. 市町から要求があった場合、この申込みにかかる情報を提出すること。(個人情報の取り扱い)
3. 入所検討の際、必要な情報を、申込者・ご家族・関係機関等から得ること。(個人情報の取り扱い)

令和 年 月 日 氏名 印

受付：令和 年 月 日 所属施設：

受付職員：