

入所申込に関する留意事項

< 1 > 申込書の記入について

① 様式1 「特別養護老人ホーム花の家入所申込書」の記入について

- ・入所申込書の記載については、入所決定後に身元引受人になられる方がご記入下さい。
- もし、身元引受人となられる方が身体上の都合等により、ご記入できない場合は最寄りの介護支援専門員がご記入してもかまいません。
- ・要介護度1または2の申込者は「特例入所申込理由記載欄」に居宅において日常生活を営むことが困難な理由をご記入下さい。

② 様式2 「入所申込調査票」の記入について

「特別養護老人ホーム花の家入所申込書」と同じです。

③ 様式3 「介護支援専門員意見書」の記入について

意見書の記載については、主たる介護支援専門員のご記入となります。もし、主たる介護支援専門員がいない場合は、当施設にご連絡ください。当施設の介護支援専門員が後日ご訪問し記入致します。

< 2 > 入所申込について

- ① 入所 申込書 様式1 様式2 様式3 は、当施設までご持参願います。もし、身元引受人が遠方等の理由によりご持参が困難な場合は、代理の方（主たる介護支援専門員も可）、または、郵送でもかまいません。
- ② 申込の受付は原則として介護認定を受けられた方と致します。

< 3 > 保証人、介護支援専門員への連絡事項

- ① 他施設への入所が決まり、当施設への入所申込を取り消す場合は必ずご連絡下さい。
- ② 要介護度等が変更になった場合は必ずご連絡下さい。
- ③ 上記以外で分からない点などございましたらご連絡下さい。

TEL 018-886-2626

特別養護老人ホーム花の家 相談員 武藤まで

様式1

特別養護老人ホーム花の家入所申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム花の家

施設長 佐々木 真 様

申込者氏名 続柄 ()

住所

電話番号

携帯番号

特別養護老人ホーム花の家に入所したいので、次の通り申し込みたいとします。

入所対象者	被保険者番号	※介護保険証でご確認ください									
	フリガナ氏名	(必ずフリガナもご記入ください)									
	生年月日	1・明治	2・大正	3・昭和	性別	1・男	2・女				
	要介護状態区分	※介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (介護認定申請中 : 申請日 年 月 日)									
	認定有効期間	※平成	年	月	日	から					
		※令和	年	月	日	まで					
	住所										
電話	— — (FAX) — —										
家族等の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居先の電話等					
					同・別						
					同・別						
					同・別						
特例入所申込理由記載欄 (要介護1, 2の方で居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)											

私は、上記入所申込者の情報について、当施設が市町村介護保険事業計画策定等のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意いたします。

対象者氏名 印

署名代行者 印

申込者氏名 印

(施設記入欄)

受付No.	受付年月日	令和 年 月 日	受付	特記事項	
	受付者氏名		印		

様式2

入 所 申 込 調 査 票

入所対象者名			
調査年月日	令和 年 月 日	記入者氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 特養・ <input type="checkbox"/> 老健・ <input type="checkbox"/> 療養型・ <input type="checkbox"/> 他施設・ <input type="checkbox"/> 他 病院・施設名 ()		
介護保険 サービス 確 認 欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護・ <input type="checkbox"/> 訪問入浴・ <input type="checkbox"/> 通所介護・ <input type="checkbox"/> 短期入所・ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	調査時点での当月在宅サービス利用単位合計 () 単位 他施設の申込状況 (施設名)		
健康保険	種別		年金等種別
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 種 級 (障害名)		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 経管栄養 入れ歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普 通・ <input type="checkbox"/> お 粥・ <input type="checkbox"/> ミキサー・食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普 通・ <input type="checkbox"/> 刻 み・ <input type="checkbox"/> ミキサー () <input type="checkbox"/> 箸 ・ <input type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> フォーク	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 一般浴・ <input type="checkbox"/> 中間浴・ <input type="checkbox"/> 特 浴)		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自 立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 排泄状況 (<input type="checkbox"/> 便器・ <input type="checkbox"/> 尿器・ <input type="checkbox"/> ポータブル・ <input type="checkbox"/> おむつ・ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・ <input type="checkbox"/> パット) 下剤の服用 (有・無) / 便 日 回 / 失禁 (有・無)		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状態 (<input type="checkbox"/> 自力歩行・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 老人車・ <input type="checkbox"/> 車椅子) (状況)		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 弱視・ <input type="checkbox"/> 全盲 / 眼鏡使用 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) (状況)		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 大声できこえる・ <input type="checkbox"/> 難聴 / 補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) (状況)		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 不明瞭・ <input type="checkbox"/> 失語・ <input type="checkbox"/> 会話不能		
認知症状等	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/> (重度 ・ 中度 ・ 軽度) 問題行動 (<input type="checkbox"/> 失見当識・ <input type="checkbox"/> 記憶障害・その他) (状況)		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (薬名等)		
既往歴 特記等	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

【特記事項】

--