

入居申込書(1)

指定介護老人福祉施設入居申込書

特別養護老人ホーム春日井樹の里・地域密着型特別養護老人ホームルフレ樹の里

春日井樹の里・ルフレ樹の里 施設長 様

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

受付日	令和 年 月 日
受付者	

入居希望者	ふりがな		性別	男・女	生年月日						
	氏名				明・大・昭	年	月	日	(歳)		
	住所	〒 -			TEL() -						
					FAX() -						
被保険者番号					要介護度	1	2	3	4	5	
保険者番号					保険者名						
要介護認定年月日					認定の有効期間				年	月	日~
担当居宅介護支援事業所										年	月
負担限度額認定証					医療受給者証等	福	・	障	・	()	

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 -							
	ふりがな		氏名		入居希望者との続柄	TEL() -			
						携帯() -			
						FAX() -			
連絡先	住所	〒 -							
	ふりがな		氏名		入居希望者との続柄	TEL() -			
						携帯() -			
						FAX() -			

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込希望 ※□にレ印を記入	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム春日井樹の里を申し込む。 <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホームルフレ樹の里を申し込む。
申込状況 ※□にレ印を記入	<input type="checkbox"/> 既に申し込んだ施設名 () () () () <input type="checkbox"/> 申し込み予定施設名 () () () ()

入居申込書(2)

入居希望者等の状況

※該当する □ にレ印のうえその状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 所在地 () 施設等へ入所又は入院した時期 (昭・平・令 年 月から)				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入居を希望する理由 (該当するものをいくつかも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()				
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる				
医療に関する状況	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・病名 () 特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は下の項目にレ印等をお願いします) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 () アレルギーの有無(食物アレルギーも含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () その他健康状態に関する特記事項				
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない	
認知症等による行動	<input type="checkbox"/> 該当なし 該当ありの場合は下の行動欄・発生頻度欄にレ印等をお願いします <input type="checkbox"/> 食べられないものを口にすることがある。 <input type="checkbox"/> 遠くまで歩いて行ってしまうことがある。 <input type="checkbox"/> 同じ行動を繰り返すことがある。 <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想などを見ることもある。 <input type="checkbox"/> 興奮して暴言を発することがある。 <input type="checkbox"/> 介護者を叩くなど、暴力行為が出ることもある。 <input type="checkbox"/> 汚いものに触れてしまうことがある。 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度				
※この書類は、入居判定に重要ですから、入居希望者の状況等を正確に記入してください。					

入居申込書(3)

主たる介護者の状況

※該当する □ にレ印のうえその状況をご記入ください。

主たる介護者の状況	ふりがな		性別	男・女	生年月日	大・昭・平	続柄	
	氏名					年		
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:) 入居希望者宅までの所要時間 (約 時間 分) 入居希望者宅までの主な交通手段 ()						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療 (月程度・病名) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 () ・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 ()						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (級・障害の種類:) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無 ※該当するものを○で囲んでください。						
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 他に対応を要する家族はいない <input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる (子供の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病(付添)に必要な家族がいる (自宅療養中・入院中) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護に必要な家族がいる (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ※該当するものを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 介護に必要な障害を有する家族がいる (級・障害の種類:)							

※在宅生活が困難な状況や、介護をしていて困っていること等その他特記すべき事項をお書きください。

特例入所について	要介護1・2の 入所について	入居基準は、要介護度3以上の方が対象となります。 要介護度1又は2の方が入所する為には、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けて下さい。 <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"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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。 <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。
----------	-------------------	---

入居申込書(4)

入居希望者の親族の状況

同居の家族 ※入居希望者本人については記入不要です。

氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
			就労状況	
氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
			就労状況	
氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
			就労状況	
氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
			就労状況	
氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
			就労状況	

近親者の状況

配偶者		本人	兄弟姉妹と配偶者	氏名	年齢	続柄	
年齢							
子と配偶者				孫と配偶者			
番号	氏名	年齢	続柄	番号	氏名	年齢	続柄