

こぶし荘・こぶし荘グループホーム 入所申込書（記入例）

令和 年 月 日申し込み

申込者氏名	(ふりがな) やまがた いちろう 山形 一郎 印	続 柄	長男	
住 所	〒 990-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇			
電 話	自 宅	023 (600) 1234	携帯電話	090-0000-0000
	勤務先	()	名 称	
入所希望者本人の同意の有無		有 無 不可能		

注) 入所申込は本人及び家族そのほかとなりますが、同意の欄と同じ場合は押印は不要です。

注) 電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

貴施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	申 込 施 設	① 特別養護老人ホームこぶし荘 2 こぶし荘グループホーム 3 どちらも													
	氏 名	(ふりがな) やまがた はなこ						性 別	男 ・ 女						
		山形 花子						生年月日	明治・大正・昭和 〇年 1月 1日						
	現 住 所	〒 990-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 電話番号 023(600) 1234													
	介 護 保 険	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	保険者名	〇〇市	
		要介護度	☐ 要介護 1 ☒ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5												
		認定期間	H〇〇年 4月 〇日 ~ H〇〇年 3月〇〇日 ☐ 申請中												
	担当ケア マネージャー	☒ いる ☐ いない	(ふりがな) 氏名 〇〇 〇〇 事業所名 居宅介護支援事業所〇〇〇 事業所所在地 〇〇市 電話 0238 (〇〇)〇〇〇〇												
	健 康 保 険	(種別・記号番号) 後期高齢者医療被保険者証 01234567													
	年 金 等	(種別) 厚生年金						支給年額 約 〇〇万円							
		(種別)						支給年額							
	生 活 保 護 受 給	あり ・ なし						重度心身医療証受給				あり ・ なし			
	障害者手帳等	手帳の種類 身体障害者手帳 (障害名: 〇〇〇機能障害) 判 定 2 級(度) H〇〇年 〇月 〇日													
	現 況	☐ 自宅で一人暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ 短期入所 ☐ 小規模多機能型介護 ☐ その他() ☒ 施設や病院に入っている(施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) ☐ 養護老人ホーム ☐ 特別養護老人ホーム ☐ グループホーム ☐ 老人保健施設 ☒ 病 院(一般) ☐ 病 院(療養) ☐ その他() 施設名又は病院名(〇〇〇〇〇〇病院 所在市町村名: 〇〇市) 入所又は入院の時期: 令和〇〇年〇〇月頃													
	主たる介護者	(ふりがな) やまがた まるこ						性別	本人との関係		長男の妻				
山形 〇子						男 ・ 女	生年月日: 大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日								
家族構成	氏 名	続柄	年齢	同・別	氏 名	続柄	年齢	同・別							
	山形 一郎	長男	〇歳	同・別											
	山形 〇子	長男の妻	〇歳	同・別											
	山形 二郎	二男	〇歳	同・別											
				同・別											
身元引受人	契約代理になっていただける方						(氏名) 山形 一郎				(続柄) 長男				

入 所 希 望 者 の 状 況	主 治 医	(ふりがな) 氏名 ○○ ○○○	医療機関名 ○○○○○病院													
		医療機関所在地 ○○市○○町○○番地 電話														
	医療の状況	<table border="1"> <tr> <th>傷病歴・病名</th> <th>医療機関</th> <th>入院・外来の別</th> <th>期間(又は○年頃)</th> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>○○病院</td> <td>入院</td> <td>平成○年～○年</td> </tr> <tr> <td>アルツハイマー型認知症</td> <td>○○病院</td> <td>外来</td> <td>平成○年頃から</td> </tr> </table> ☐ 経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう・食道ろう) ☒ インシュリン注射 ☐ ペースメーカー ☐ 痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 褥瘡 ☐ 人工透析 ☐ 在宅酸素 ☐ その他() ☐ C型肝炎等 ☐ 疥癬 ☐ MRSA その他感染症()				傷病歴・病名	医療機関	入院・外来の別	期間(又は○年頃)	糖尿病	○○病院	入院	平成○年～○年	アルツハイマー型認知症	○○病院	外来
傷病歴・病名	医療機関	入院・外来の別	期間(又は○年頃)													
糖尿病	○○病院	入院	平成○年～○年													
アルツハイマー型認知症	○○病院	外来	平成○年頃から													
入 所 希 望 者 の 日 常 生 活 状 況	☒ 認知症(<u>ひどい</u> ・ 軽い・なし) ☐ 特筆すべき行動() ☒ 同じ話を何度もする ☒ すぐ前にあったことを忘れる ☐ 季節や時間の感覚がわからない ☐ 場所がわからない ☐ 家族の顔がわからない ☐ 知人の顔がわからない ☐ 今までしていた事ができなくなる ☐ 判断能力が低下している ☐ 食事の仕方がわからない ☐ 排泄の仕方がわからない ☐ 抑うつ状態 ☐ 些細なことに興奮する ☐ 怒りっぽい ☐ 昼夜逆転がある ☐ 徘徊がある ☐ 幻覚症状がある ☒ 妄想的な言動がある ☐ 会話が成り立たない ☐ 視力に問題がある：具体的に..... ☐ 聴力に問題がある：具体的に.....															
	歩 行… ☐ 自分で可 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☒ 杖を使用 ☐ 車いすを使用 食 事… ☐ 自分で可 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 普通食 ☒ 粥食 ☒ (細菜食) 入 浴… ☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☒ 全介助 オムツ… ☒ 有り ☐ 無し トイレ… ☐ 自分で可 ☒ 一部介助 ☐ 全介助															
	☐ 介護する者がいないため ☐ 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため ☒ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため ☒ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため ☐ その他() 特記事項(具体的な事情など)															
入 所 の 希 望 理 由	現在、○○○病院に入院中であるが、病院からは○頃に退院との話しがあり、私達夫婦は仕事もして おり、自宅での介護が難しいことから、特養への入所を希望します。															
	※特別養護老人ホーム入所希望で、要介護1及び2の方は必ず記入して下さい ☒ 認知症で、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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 理由(具体的な状況など) 家族に対して、金銭を使った、服を隠した等の被害妄想がみられ、その都度説明し、納得するも、 数分すると同様の話が繰り返し行われ、精神的に負担となっている。															
説 明 確 認 及 び 情 報 収 集 に 係 る 同 意	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。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、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、又、今後の高齢者施策の参考とする為、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。 なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げします。 令和○○年 ○月 ○日															
	入所希望者名 <u>山形 花子</u> ㊞ 同上家族氏名 <u>山形 一郎</u> ㊞															