

特別養護老人ホーム極楽苑 入居申込書
(指定介護老人福祉施設)

特別養護老人ホーム極楽苑 施設長 宛

記入日 年 月 日

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

受付者

入居希望者	ふりがな		性	男	生年月日			
	氏名		別	女	明・大・昭	年	月	日
	住所	〒				(TEL)		
						(FAX)		
被保険者番号					要介護度	3	4	5 (1 2)
保険者番号					保険者名			
認定年月日	平成	年	月	日	認定の有効期間	平成	年	月 日 ~
						平成	年	月 日
認定審査会の意見等								

※入所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	〒				(TEL)		
						(FAX)		
	ふりがな			入居希望者との続柄				
	氏名			印				
連絡先	住所	〒				(TEL)		
						(FAX)		
	ふりがな			入居希望者との続柄				
	氏名							

※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。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名 () ()	() ()
	申し込み予定施設名 () ()	() ()
	() ()	() ()

説明確認欄	私は入居申込みに際し、順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。
	また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。
	入居希望者との続柄
	平成 年 月 日 氏名 ()

入居希望者等の状況

※該当するものにレ印の上、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"/> 自宅で家族等と同居している <input type="checkbox"/> 病院または老健、グループホーム、有料ホームなどの施設に入っている ・ 病院 ・ 老健 ・ グループホーム ・ 有料ホーム ・ その他 名称 () 入院または施設等へ入所された時期 (平成 年 月 日から) ※ 在宅→ →現在				
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でも選んでください)	<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ため <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"/> 施設や病院から退居（退院）を求められているため その他 ()				
医療に関する状況	<input type="checkbox"/> なし <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"/> インシュリン注射 <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 () 現在治療中の病気 () 過去の大きな病気やけが ()				
認知症等による問題行動	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()				
【頻度】	<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				
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"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
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	
ケアマネジメントの状況					
在宅の方 居宅介護支援事業者名 () 担当ケアマネージャー名 () 介護保険施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設）入居中の方 入居施設名 () 担当ワーカー・相談員名 () ※担当ケアマネージャーからの情報提供に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない					

介護者及び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	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況 ※お名前、続柄、年齢、健康状態をご記入ください。

		子	孫
配偶者			
本人			
兄弟姉妹	甥姪	※親族以外で関わりがある方等	

主たる介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)	柄	
	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（ _____ 分）						
	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（ _____ か月程度・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・要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無						
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 _____ 歳） <input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）の必要な家族がいる（自宅療養・入院中） <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援・要介護 1 2 3 4 5） <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる（ _____ 級・種類 _____ ）						
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
介護期間	介護が必要となられた時期 _____ 年 _____ 月頃 初回要介護認定年月日（初めて要介護 1～5 の認定を受けた日） 平成 _____ 年 _____ 月頃（お分かりになる方のみご記入ください）							
【自由記載欄】※配点の参考になりますので、できる限りご記入ください。 （介護や生活をされていて困っていらっしゃる事、その他健康状態に関する事など）								

※入居申込に際し、ご提出いただく書類

見開き

--	--	--

1、極楽苑入居申込書、入居希望者等の状況

介護者及び入居希望者の親族の状況（計 A4 裏表 2 枚）

2、介護保険被保険者証（写）・・・表を見開きでコピーしてください。

3、直近のサービス利用票及び別表（写）・・・在宅でお過ごしの方のみ
ご提出ください。

施設使用欄

申込書受理日

平成

年

月

日

受付担当者