みずほ園　入所申込書

申込日　　年　　月　　日

〈お申込み上のご留意点〉
＊入所対象者は原則要介護3以上です。要介護1,2の方は「特例入所の要件」に該当する方に限り、入所対象となりますので、相談員へご連絡下さい。
＊こちらの申込書は、必ず控えをとって保管してください。本申込書記載内容の状態やご連絡先等変化があった場合や申込みを取り下げる場合は、必ずご連絡をお願いいたします。
＊本申込書は、施設が申込受付した日から2年間有効です。この期間を経過し、連絡がない場合は取り下げたものとみなしますのでご注意ください。

申込者	住所	〒			入所者と 同居　・　別居
	フリガナ		続　柄	電話番号 （自宅）	
	氏名			（携帯）	

入所希望者の状況	フリガナ			性　別	男　・　女
	氏名			生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）
	住所				
	年金等	種　別	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 共済年金 □ 障害年金　□ その他（　）	生活保護受給	□　無　□　有 福祉事務所 担当:
	医療・保険	健康保険	□ 後期高齢者医療　□ 国民健康保険　□ その他（　）		
		㊟受給者証	□　有　□　無	特定医療費（指定難病）受給者証	□　有　□　無
		障害手帳等	□　有　□　無　手帳の種類（　）		
	介護保険	被保険者番号		※介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証の写しを添付してください。	
		介護保険証の区市町村名	区・市・町・村	負担割合証	利用者負担の割合　　割
		要介護認定	要介護度　□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5 ＊申請中の場合（申請日：令和　年　月　日）		
			認定年月日　年　月　日 認定有効期間　年　月　日 ～　年　月　日		
		負担限度額認定証	□　有　□　無　食費の負担限度額　円		
	本人の居所	□ 在宅　□ 病院　□ 老人保健施設　□ その他（　）			
		施設・病院名			
		期　間	平成・令和　年　月　日から 入所・入院している		
		住　所		電話番号	

連絡先	フリガナ	続柄	住所	
	氏名		電話番号	携帯
	フリガナ	続柄	住所	
	氏名		電話番号	携帯

申請理由及び介護上の特別な状況　　記入者氏名（　）

同意書

私は、特別養護老人ホーム入所申請にあたり、この申込みに関する情報を介護支援専門員より、私が入所を希望する施設に対し提供することに同意します。

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）

みずほ園入所申込者状況票

家族・介護者の状況	□ 身寄りも介護者もいない □ 家族・介護者が「遠方」又は「病気」で長期入院等により十分な介護ができない □ 家族・介護者が「高齢」・「障害」又は疾病等により十分な介護ができない □ 家族・介護者が育児中又は2人以上の要介護者の介護のため十分な介護ができない □ 家族・介護者が介護を理由に就労していない □ 家族・介護者が就業しており十分な介護ができない(週　　時間以上働いている) □ 家族・介護者が介護認定を受けている(要支援 1 ・ 2　要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)⇐ ○をつける □ 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない □ 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを利用しているため経済的負担が大きい □ 老人保健施設や病院に入所、入院しているが、費用の負担が大きい □ その他(　　)

住宅の状況	□ 長期の入院や施設へ入所している等で、すでに住まいを引き払っていて、帰る先がない ＜住宅の状況＞ ※入所希望者が病院・施設にいる場合も記入してください □ 集合住宅の2階以上に住んでいるが、エレベーターがない □ 居室と同じ階にトイレや風呂がない □ 部屋数が少なく、同居者と同じ部屋で介護を受けている □ 介護上の問題から住宅改修が必要だが、住宅改修が困難 □ 家屋が著しく老朽化(20年以上)している その他住宅で困っていること [　　] □ 緊急に立ち退きを迫られている(立ち退き期限　　年　　月　　日) □ 住宅に問題はない

本人の日常生活状況	歩行	□ 自分で可	□ 一部介助	□ 全介助
		□ 杖を使用	□ 歩行器を使用	□ 車椅子を使用
	食事状況	□ 自分で可	□ 一部介助	□ 全介助
		□ むせ込みなし	□ 時々むせ込む	□ いつもむせ込む
	入浴	□ 自分で可	□ 一部介助	□ 全介助
		□ 一般浴又は個浴	□ チェアー浴	□ 機械浴
	排泄	□ 自分で可	□ 一部介助	□ 全介助
		(使用している排泄用品)	□ オムツ　□ 紙パンツ　□ 尿取りパッド　□ その他(　　)	
	視力	□ 見える	□ 見えにくい	□ 全く見えない
	聴力	□ 聞こえる	□ 聞こえにくい	□ 全く聞こえない

本人の行動について			
過去3ヶ月以内の状況 全項目にレ点してください 「ある」は少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいいます。 「ときどきある」は少なくとも1ヶ月に1回以上1週間に1回未満程度の頻度をいいます。	・徘徊(室内を含む)	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・一人で出たがり目が離せない(徘徊)	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・暴言や暴力的な行動がある	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・物をとられたなど被害妄想があり、対応が困難	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・日常生活の不安(火の不始末等)	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・介護に抵抗する、拒否的である	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・昼夜の逆転がある	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・大声や奇声を出す	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・作り話(事実と異なる話)をする	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・(1日に何度もしつこく)同じ話をする	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・物を壊したり、衣類を破いたりする	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・人がわからない	□ ある	□ ときどきある	□ ない
	・時間や場所がわからない	□ ある	□ ときどきある	□ ない

裏面もご記入ください

特別な医療の状況	☐ 経管栄養	☐ 胃ろう	☐ 尿管カテーテル	☐ 在宅酸素	
	☐ 人工透析	☐ ペースメーカー	☐ 気管切開	☐ ストマ(人口肛門)	
	☐ 中心静脈栄養	☐ 褥瘡	☐ 疥癬	☐ MRSA	
	☐ インシュリン	☐ その他(		)	

本人の生活歴	出生地								
	学歴		年	月					卒業
			年	月					卒業
	職歴	有・無	年	月	～	年	月	で	として働いていた
			年	月	～	年	月	で	として働いていた
			年	月	～	年	月	で	として働いていた
	結婚歴	有・無	年	月		と結婚、	子供	人(男	人、女 人)
			配偶者は現在、	生存 ・ 【	年	月に 死別 ・ 離婚 】している			

趣味…	宗教…	性格…

生まれてから今までの生活(生い立ち)を文章にしてください

入所希望の時期について	☐ すぐ入所したい	☐ 半年以内に入所したい	☐ 1年以内に入所したい
	☐ いずれ入所したいが、まだ在宅で生活したい		☐ その他( )
他施設に入所を申込みしています	☐ 他施設も申請中(箇所)		☐ していない
介護支援専門員はいますか	☐ いる	☐ いない	
	介護支援専門員氏名		事業所名
	事業所所在地		電話番号
主治医はどなたですか	主治医氏名		医療機関名
	医療機関所在地		電話番号
成年後見制度の後見人等がいますか	☐ いない	☐ 申請中	
	☐ いる…	☐ 成年後見人 ☐ 保佐人 ☐ 補助人	☐ 任意後見人
	氏名	住所	電話番号