入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム 春香苑
施 設 長 様

入所希望者（本人）

フリガナ		保 険 者	
氏 名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）	要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
性 別		平成 年 月 日～ 年 月 日	
現 住 所	〒 電話番号 （ ） 携帯電話番号 （ ）		

注：介護保険証を転記してください。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書き下さい。）

氏 名		入所希望者との続柄	
住 所	〒 電話番号 （ ） 携帯電話番号 （ ）		

入所を希望する理由（該当する事項全てに☑ チェック）

- □ 介護者がいないため
- □ 介護者が高齢、障害、疾病等のため
- □ 介護者が就労しているため
- □ 介護者が育児等しているため
- □ 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため
- □ 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため
- □ 看護者の身体的、精神的負担が大きいため
- □ 現在入院（入所）している病院、老健から退院（退所）を求められており、在宅生活が困難であるため
（ 年 月 日頃退院（退所）予定）
- □ いずれ施設への入所を必要とするため

主たる介護者の状況

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	年 月 日（ 歳）
住 所	〒 TEL	要介護認定の有無	有・無
		要介護状態区分	
同居の区分	□ 同 居 □ 別 居		
申込者（本人）との関係	□ 配偶者 □ 子 □ 子の配偶者 □ 兄弟姉妹 □ その他（ ）		

医療状況 わかる範囲でご記入ください

現治療中の病気
これまでかかった病気
現在必要としている医療的処置（あてはまるものがありましたら○をつけてください） 経管栄養（ 鼻腔 胃ろう 腸ろう ） 中心静脈栄養 在宅酸素 人工透析 ペースメーカ 尿管カテーテル インスリン注射 その他（ ）

申込理由 介護の難しさ、介護者の事情など在宅介護が困難な状況を詳しくご記入下さい。

（記入例） ・主たる介護者が体調不良で、とても介護ができる状態ではないため、入所を希望

担当ケアマネージャー等の意見 〔ケアマネージャーがいない場合は記入不要です。入院中の方は、入院先の相談員や看護師等にご依頼ください。〕

氏 名		事業所名	
		電話番号	

特別養護老人ホームに入所する必要性、在宅介護が困難な様子などについて意見を記入してください。

要介護度	5		4		3	2		1
認知の程度	M・Ⅳ・Ⅲb・Ⅲa		Ⅱb ・ Ⅱa		Ⅰ ・ 正常			
問題行動	無 ・ 有 内容（ ）							
障害の程度	C2	C1	B2	B1	A2	A1	J2	J1	正 常

同意書

説明確認及び個人情報同意欄	私は、入所申込に際し、入所申込から入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 私は、施設が入所判定に係る希望者本人及び家族等の個人情報の把握をすること並びに市町村他からの情報提供を得ることに同意します。 年 月 日 氏 名 申込者が本人でない場合：本人との関係（ ）

入所に関する面談等の連絡先

氏名

連絡先 自 宅 （ ）
勤務先 （ ）
携帯電話 （ ）