

特別養護老人ホーム美山荘入所申込書

年 月 日

特別養護老人ホーム美山荘 施設長 様

申請者 住所

名前 印

入所申込者 住所

名前 印

私は、特別養護老人ホーム美山荘に入所を希望しますので、別紙のとおり
入所申込書を提出します。

入 所 の 必 要 性	【自由記述】 [※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）]	
	備考	担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ）名前（ ） <input type="checkbox"/> いない
【施設記入欄】		

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。
連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

※添付書類

- ①調査票（別紙様式2）
- ②被保険者証の写し
- ③サービス利用票及びサービス利用票別表の写し（直近3ヵ月分）
（③について、サービス利用のない者は不要）
- ④介護支援専門員等の意見書（別紙様式3）
（④については、深刻な虐待が疑われる場合等、介護支援専門員等が特に必要と判断する場合に作成し、施設に直接提出する）

調査票

記入者	氏名		入所申込者との関係	
	所属名			
	所属住所	〒		
	電話	() -		

記入日 令和 年 月 日

入所申込者の状況	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	施設記入欄
	氏名				
	現住所	〒			
	医療状況	現在治療中の病名			
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名			
在宅サービス利用率	() %	※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (小数以下四捨五入)により算出			
入所申込者の食事の容	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	視力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態(主食 副食)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
身体状況等	整容	歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度:] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし		
	手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)			

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	施設記入欄
	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
介護支援専門員の意見	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 (内容:)	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 (内容:)	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 (内容:)	
	<input type="checkbox"/> 住環境 (内容:)	
	<input type="checkbox"/> その他 (内容:)	
その他特記事項		

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。