

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申し込みます。

◎ 入所申込者

(フリガナ)		性別	被保険者番号	
氏名	印	男・女	要介護度	3・4・5
生年月日	明治	大正	昭和	
	年 月 日 ( )歳			要介護認定有効期間
現住所	〒			

◎ 入所申込者の状況

現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている	<input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている
	◇施設名又は病院名:		◇所在地(市町名のみ):
	◇入所又は入院時期:平成・令和 年 月 から入所・入院している		
入所を希望する理由 <small>(該当するものすべてを選んで下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。		
	<input type="checkbox"/> 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。		
	<input type="checkbox"/> 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。		
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きいため十分な介護が困難なため。		
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 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。		
	<input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射		
申込の状況	<input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他( )		
	【現在治療中の病気・特記事項等】		
	<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、又は今後他の施設も申し込む予定。		
	◇既に申し込んでいる他の施設名( )( )( )		
	◇今後申し込む予定の他の施設名( )( )( )		

◎ 主たる介護者

(フリガナ)		性別	本人との関係	
氏名		男	生年月日	
		女	大正・昭和・平成	年 月 日
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: )			
意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

◎ 同意書

今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。

令和 年 月 日

入所申込者

印

代理人

印

※「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

新規	更新
----	----

連絡先 (今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

〒:	
住所:	
氏名:	本人との関係
電話番号:	( ) ( )
携帯電話番号:	( ) ( )

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

# 地域密着型特別養護老人ホームアスカ 入所申込書

別紙1-2

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申し込みます。

## ◎ 入所申込者

(フリガナ)				性別	被保険者番号	
氏名	印			男・女	要介護度	1 ・ 2
生年月日	明治	大正	昭和		要介護認定有効期間	平成・令和 年 月 日 から
	年	月	日 ( )歳			平成・令和 年 月 日 まで
現住所	〒 -					

## ◎ 入所申込者の状況

現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている ◇施設名又は病院名:    ◇所在地(市町名のみ): ◇入所又は入院時期:平成 年 月 から入所・入院している					
居宅において日常生活を営むことが困難な理由	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】					
申込の状況	<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、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名( ) ( ) ( )					

## ◎ 主たる介護者

(フリガナ)			性別	本人との関係	
氏名			男	生年月日	
			女	大正・昭和・平成 年 月 日	
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: )				
意見	【介護をしているうえで困っていること等】				

### ◎ 同意書

今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。

令和 年 月 日

入所申込者

代理人

(印)

(印)

※「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

新規	更新
----	----

連絡先 (今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

〒:	-	
住所:		
氏名:		本人との関係
電話番号:	( )	
携帯電話番号:	( )	

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

1・入居希望者の状況

住まいの状況  一戸建て  アパート  マンション  その他  
 現住所の住居年数  3ヶ月未満  1年未満  3年以上  5年以上

2・家族構成

	氏名	続柄	年齢	職業	住所
主たる介護者					
同居家族					
同居以外の家族					

3・日常生活

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ぼんやり <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 耳元で <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない ※ 補聴器使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 右 ・ 左
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※ 方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※ 介助内容 (食べたことを忘れ何度も食べる。 ) ※ 主食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> おかゆ 副食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト 食事制限 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴していない (拒否あり・なし ) ※ 入浴方法 <input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> 入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設での機械浴槽
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (拒否あり・なし ) ※ 介助内容 ( ) ※ 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ( 昼夜 ・ 夜間のみ ) <input type="checkbox"/> 尿器 ( 昼夜 ・ 夜間のみ ) <input type="checkbox"/> オムツ ( 昼夜 ・ 夜間のみ )
外部との交流	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり好きでない <input type="checkbox"/> 嫌い
会話の理解	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 部分的に理解できる <input type="checkbox"/> 理解することが難しい
記憶	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> だいたい覚えている <input type="checkbox"/> すぐに忘れてしまう
精神状態	物とられ妄想 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 幻視 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 幻聴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 大声を出す <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 感情が不安定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
医療の状況	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう ・ 鼻腔栄養 ・ 腸ろう ) 通院治療中 ( 病名 : 病院名 ( ) ) ( 病名 : 病院名 ( ) ) ( 病名 : 病院名 ( ) ) 既往歴 ( )