指 定 介 護 老 人 福 祉 施 設 入 所 申 込 書

申込日　令和　　年　　月　　日
受付者

特別養護老人ホームに入所したいので、次の通り申込みます。

入所希望施設	北総長寿苑 ・ ｺｰﾄｴﾐﾅｰｽ ・ 空 （多床室・個室・どちらでも可）		保　険　者 （市区町村名）	市 ・ 区 町 ・ 村
ふりがな 氏　　名		性別	被保険者番号	
		男・女	要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）		要介護認定期間	平成・令和 年　月　日～令和 年　月　日
現住所	〒			
現況	□自宅に一人で暮している（　　年から）　□介護保険施設に入所している（　　年　月～） □自宅で家族と暮している（　　と同居）　施設名（　　） □高齢者世帯　□病院へ入院している（　　年　月～） □生活保護受給中（　　市）　病院名（　　）			
入所を希望する理由（該当するすべて選んで下さい）	□介護する者がいないため □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 □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 □介護者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が困難なため □住居環境の事情により十分な介護が困難なため □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 □その他（　　）			
入所希望時期	□早急に入所希望　□すぐに入所は希望しない（平成　　年　　月頃入所希望）			
医療の状況	□経管栄養（胃瘻・鼻腔）　□在宅酸素療法 □人工肛門造設　□その他現在治療中の病気や特記事項 □インシュリン注射　（　　）			
申込の状況	□当法人施設のみ申し込む　□他の施設も申し込んでいる 申込施設名（　　）			
担当居宅介護支援事業所			担当ケアマネージャー	

身元引受人欄　今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせて頂きます。			
住　所	〒		
ふりがな 氏　　名		続　柄	
連絡先	（携帯）　（自宅）		

社会福祉法人寿陽会の入所申し込みにかかわる説明を受け、次のことについて同意します。

１・入所申込に必要な「介護認定に係る情報」を市町村から得ること。

２・入所申込に必要な「ケアプラン」「特例入所」に関する情報を居宅介護支援事業所から得ること。

３・市町村から要求があった場合、申込の情報を市町村に提出すること。

令和　　年　　月　　日　氏名（本人または代理人）　　印

指 定 介 護 老 人 福 祉 施 設 入 所 調 査 票

1・本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1	
日常生活自立度	Ⅲａ以上	Ⅱｂ	Ⅱａ	Ⅰ	自立	

※行動障害があれば具体的にご記入下さい。（　　）

2・要介護度1.2の方の入所を必要とするやむを得ない理由

□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。
□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が頻繁に見られる。
□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。
□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。

3・主たる介護者・家族の状況

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他		
①主たる介護者の年齢・続柄	７０歳以上	６０歳以上	６０歳未満	続柄	
②介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし	
③介護者の障害や疾病	介護困難	多少困難	介護可能	なし	
④介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	４～８時間	４時間未満	なし	
⑤介護者の育児・家族の病気	常時育児・看病	半日育児・看病	臨時育児・看病	なし	
他の要介護者	有・無	（要介護度　5．4．3．2．1）			
⑥介護者の関わり	介護拒否	消極的	やや消極的	普通	
⑦他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
⑧別居血縁者の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
⑨近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		

点

4・身体状況及び本人・家族の意見

移動方法　　食事介助　　排泄介助

その他

ご本人様の意見

ご家族様の意見

5・施設処理欄