

(様式第1号)

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

# 入所申込書

ふりがな								生年月日
氏名	明治・大正・昭和							年 月 日 ( 歳) 男・女
現住所	〒							電話番号 ( )
被保険者番号								保険者名 長野市・千曲市 ( )
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 ※( <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 下記項目も記入)							
	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
※要介護1・2の方は記入して下さい。 (要介護1又は2の方が入所する為には右の項目のいずれかに該当する事が必要です。)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来す様な症状・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様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる							
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる事等により、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。							
健康保険	種類	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> その他( )						
年金の種類	種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他( )						
<input type="checkbox"/> 自宅  居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 訪問介護 (1ヶ月 回) 通所 (1ヶ月 回) 短期入所 (1ヶ月 日)							
	訪問介護の利用時間	<input type="checkbox"/> 午前8:00 ~ 午後6:00(日中) <input type="checkbox"/> 午後 6:00 ~ 午後10:00(夜間) <input type="checkbox"/> 午前6:00 ~ 午後8:00(早朝) <input type="checkbox"/> 午後10:00 ~ 午前 6:00(深夜)						
	(前月の介護保険利用実績_____単位) (直近3ヶ月の平均_____単位)							
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 有・無 購入物品 ( ) <input type="checkbox"/> 住宅改修 有・無 工事箇所 ( )							
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 施設 (病院・老健) へ入所、入院 (名称 ) 年 月 日 ~							
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 糖尿病 インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他( )							
	現在治療中の病名							
	主な病歴							
入所を希望する理由 (該当する事項に全て記入すること)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため (独居又は、夫婦世帯のみである)							
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため							
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため							
	<input type="checkbox"/> 介護者が育児等をしているため							
	<input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため							
	<input type="checkbox"/> 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							
	<input type="checkbox"/> 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、在宅介護が困難であるため ( 年 月 日頃退院(退所) 予定)							
<input type="checkbox"/> いずれ施設への入所を必要とするため								
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所を希望する <input type="checkbox"/> 年 月頃までに希望する							

入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項						
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器	<input type="checkbox"/> 車イス	( )		
	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	( )		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	( )		
	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	( )		
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	( )		
精神状態	<input type="checkbox"/> 躁うつ状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄					
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 不穏行為 ( )					
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 ( ) ( )					
	( ) ( ) ( )					
主たる介護者の状況	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男女	年 月 日 ( 歳)		
	要介護認定の有無	有・無		要介護状態区分		
	現住所	〒			電話番号 ( )	
					携帯電話 ( )	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
申込者と の関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者					
	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
家族等の状況	家族図		氏名	続柄	年齢	
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居

添付書類

- 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」(老健等入所の場合は、入所前の提供表)
- 必要に応じ、診断書・ケアマネージャーのアセスメント表

個人情報に関する同意書及び説明確認欄	私は、介護保険者及び居宅介護支援事業者が保有する私の個人情報を入所希望施設へ提供することに同意します。また、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの入所方法について、施設の担当者から説明を受けました。		
	年 月 日		
	入所希望者氏名	印 申込者氏名	印