

入 所 申 請 書

特別養護老人ホーム 愛光園 園長 殿

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

下記のとおり、愛光園への入所を希望し申請します。

入 所	ふりがな	性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名							(歳)
希 望 者	住所	TEL 携帯						
	介護保険 被保険者番号	障害者手帳		級(障害名)				
者	要介護度	1・2・3・4・5		認定有効期間				
	※要介護1・2の方は、別紙『「要介護1・2」の方のチェックシート』で一定の要件 (特例入所要件)に該当する場合のみ申請が可能です。							
	他施設申込	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり又は予定(施設名)					
	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり又は予定(事業者名・氏名)					

※入所は申込順ではなく、必要性が高い状態の方からの優先入所です。具体的に入所の必要性が高くなってからの申請にご協力下さい。認定・変更・更新申請中の方は、原則、認定後に申請して下さい。

申 込 者 先	住所	TEL	携帯
	ふりがな	入所希望者との続柄	
	氏名		

入所希望時期 今すぐ 半年以内 1年以内 その他()

身 体 ・ 精 神 的 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー]	着脱衣	<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"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ]	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭等
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [<input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり]	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度
			聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器

具体的な身体・精神的状況

認知症、知的・精神障害等による症状、状況 <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 1人で出たがる <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声をだす <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 日常生活自立度Ⅲ以上	医療に関する状況 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等の栄養管理 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン注射(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前) <input type="checkbox"/> 喀たん吸引(頻度: <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> その他()
---	---

現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院(名称:) 入所・入院期間(年 月 ~ 年 月)
--

主介護者の状況(複数選択可) <input type="checkbox"/> 1. 身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 2. 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中 <input type="checkbox"/> 3. 主たる介護者が要介護状態 <input type="checkbox"/> 4. 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中 <input type="checkbox"/> 5. 主たる介護者が要支援状態 <input type="checkbox"/> 6. 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる <input type="checkbox"/> 7. 主たる介護者が就業している(週20時間以上) <input type="checkbox"/> 8. 主たる介護者が就業している(週20時間未満) <input type="checkbox"/> 9. その他()
--

要介護・要支援認定(区分)) 心身の障害(障害等の種類))

その他疾病有無(疾病等の種類))

介護上困難な状況・その他特記すべき状況	施設使用欄 年 月 日 <input type="checkbox"/> 辞退 <input type="checkbox"/> 施設等入所 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------	---

※この申請書は、当施設において入所申込み以外に使用することは一切ございません。

※入所希望者の実数を把握する為、宮城県が申請書記載の個人情報収集し利用することがあります。