

特別養護老人ホーム 浜松十字の園 入所申込書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

施設長 鶴見俊輔 様

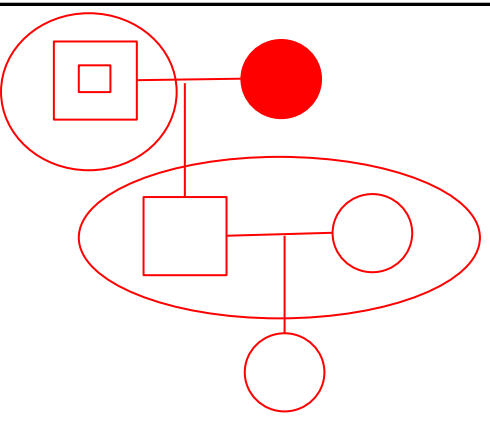
※施設記入欄

初回申込日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

1 入所申込者の状況

(フリガナ)	ジュウジ タロウ	性 別	生 年 月 日
氏 名	十字 太郎	男・女	明・大・昭 △年 △月 △日 (〇〇歳)
住 所	〒 ( 1 2 3 - 4 5 6 7 ) 浜松市浜名区細江町中川000-0000 TEL 〇〇〇-△△△△		
介護保険	保険者名 浜松市 市(区) 町・村	被保険者番号	□ □ △ □ □ △ □ □ △ □
要介護度	申請中	要介護度 1	要介護度 2 要介護度 3 要介護度 4 要介護度 5
認定期間	令和 〇 年 △ 月 □ 日 ~ 令和 〇 年 □ 月 △ 日		
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい 2. 6か月以内には入所したい 3. 将来的には入所をしたい 【ロングショート希望 有 ・ 無 】		
希望する居室種類	1. ユニット型個室 2. 従来型多床室 3. どちらでも		
認知症の状況	有 ・ 無	認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
認知症の具体的症状	物忘れ・異食・徘徊・昼夜逆転・暴力・暴言・幻聴・幻覚・妄想 その他( )		
知的障害、精神障害等の状況	*手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。 身体障害者手帳 2 級		
居宅サービスの利用状況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。 Aデイサービス週3日(月・水・金) 、 Bショートステイ隔週2泊3日(土~月)		
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有 ・ 無 (有の場合は、退所予定時期 )		

2 家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ)	ジュウジ シロウ	続柄	<家族構成図> 
氏 名	十字 次郎	長男	
住 所	〒 ( 1 2 3 - 4 5 6 7 ) 浜松市浜名区細江町中川111-1111 TEL: 携帯電話△△△-〇〇〇〇-□□□□		
(フリガナ)	ジュウジ ハナコ	続柄	
氏 名	十字 花子	長男の嫁	
住 所	〒 ( 1 2 3 - 4 5 6 7 ) 浜松市浜名区細江町中川111-1111 TEL: 携帯電話〇〇〇-□□□□-△△△△		

3 主たる介護者 (主に介護をしている方についてご記入ください)

(フリガナ)	ジュウジ ハナコ	続柄	<家族状況について、特記事項> ・本人は1人暮らし。在宅時は長男の嫁が食事準備に訪問しているが、就労(パート)との両立が体力的に厳しくなっている。 ・長男も就労中(正社員)で介護介入困難。 ・孫は進学し県外在住。
氏 名	十字 花子	長男の嫁	
生年月日	同居・別居の区分		
昭和〇 年 △ 月 □ 日	同居 ・ 別居	(来訪頻度週4~5日	

(裏面も記入してください。)

(裏 面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:( ) 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:( ) 〕 介護が困難な状況:
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:( 1 ・ 2 ・ 事業対象者 ) 年齢:( 歳) 〕 介護が困難な状況:
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 介護が困難な状況: 主介護者である長男の嫁も就労中のため、毎日の訪問が困難。 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況: 〕
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 ( 週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有 ・ 無) 〕
	7. 介護者が就学中の若い世代（ヤングケアラー）のため、介護が困難 〔 就学の状況 小学生 中学生 高校生 大学生 その他 ( ) 〕
	8. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的) 〕
	9. 上記以外の状態で介護が困難（喀痰吸引・経管栄養を要する等） 〔 介護が困難な状況: 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、 住宅型有料老人ホーム、サービス付き 高齢者向け住宅、法令で定めるその他の 福祉施設（介護付きの施設は2へ） (施設名 )
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、 介護医療院、グループホーム、 1のうち介護付きの施設、病院 (施設名 )

4 その他事項（経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

- ・孫が県外へ進学しているため、経済面より主介護者の長男の嫁もパート勤めを減らすことができない。そのため、本人宅を訪問する時間の捻出が体力的にも厳しくなっている。
- ・〇年〇月に肺炎のため入院。退院後より、食事をした事を忘れたり、1人での生活が以前より難しくなっている。

担当ケアマネジャー	氏 名	福祉 三郎	事業所名	C居宅介護支援事業所
主 治 医	氏 名	浜松 四郎	病医院名	Dクリニック

\* 入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。