

特別養護老人ホーム 伊豆高原十字の園

入居申込書

年 月 日

伊豆高原十字の園施設長 様

特別養護老人ホーム伊豆高原十字の園に入居を希望しますので、次のとおり申し込みます

※施設記入欄

初回申込日 年 月 日

1 入居申込者の状況

(フリガナ) 氏名		性別	男・女								
		生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)								
住所	〒()		電話() -								
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者 番号								
要介護 認定等の 状況	要介護度	申請中 1 2 3 4 5									
	認定年月日	年 月 日									
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
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	
	具体的な症状										
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、サービス付き高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 【施設等の名称; 年 月 日】 【退所予定の有無; 無・有(退所予定時期; 年 月 日)】										
入居を希望 する時期	1. すぐにでも入居したい 2. 年 月頃までに入居したい										

◎家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏名		続柄	
住所	〒()	電話	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 () -
		携帯	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 () -

○介護協力者の連絡先

(フリガナ) 氏名		続柄	
住所	〒()	電話	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 () -
		携帯	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 () -

担当ケア マネジャー	氏名		
	事業所名		電話 () -
主治医	氏名		
	病医院名		電話 () -

※裏面以降も記入をお願いします

2 介護の必要性(現在、自宅で生活の場合及び施設に入居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、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、概ね30分程度で駆け付けられる範囲に介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 介護が困難な状況;
	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. 介護者が就労又は育児をしているため、介護が困難 就労の状況(週 回)(1日あたり 時間)(夜勤;有・無) 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)
	7. 上記以外の状況で介護が困難

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○をつけてください	1. 養護老人ホーム、経費老人ホーム、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(介護付きの施設を除く) (施設名)
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院 (施設名)

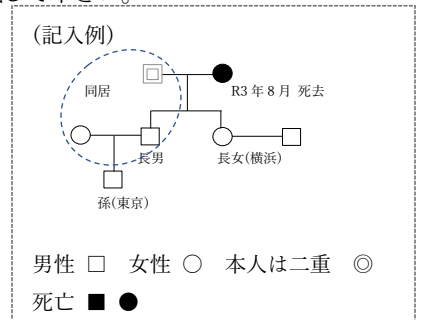
4 他に入居申込をしている施設 (差し支えなければご記入ください)

--

5 家族構成

氏名	生年月日	続柄	住所(別居の方のみ記入)	職業	居住
	年 月 日(歳)				同・別
	年 月 日(歳)				同・別
	年 月 日(歳)				同・別
	年 月 日(歳)				同・別
	年 月 日(歳)				同・別

(家族関係図) 本人の配偶者及び子は、亡くなった方・別居の方も含めて記載して下さい。



6 入居希望者の状況

入居申込者氏名;

記入日;

年 月 日

日常生活動作	食事	1. 自立 2. 用意すれば自立 3. 一部介助 4. すべて介助 主食(1. 普通 2. 粥 3. ペースト 4. ソフト食) 副食(1. 普通 2. 一口大 3. 刻み 4. ペースト 5. ソフト食)		
	義歯	1. なし 2. あり(総入れ歯 ・ 部分)		
	排泄	1. 自立 2. トイレまで介助 3. ポータブルトイレ使用(自立・介助) 4. おむつ使用(常時 ・ 昼のみ ・ 夜のみ)		
	移動	1. 自立歩行 2. 杖・手すり等を使用して自立歩行 3. 付き添いで歩行 4. ほう 5. 車いす(種類 本人所有 ・ レンタル)		
	動作	1. 外出できる 2. 家の中なら歩ける 3. 起きて過ごせる 4. 寝たきり		
	入浴	1. 自立 2. やや不自由 3. 浴槽に入るが洗う動作などに介助 4. すべて介助		
	衣類着脱	1. 自立 2. 指示すれば可能 3. ボタンなど一部介助 4. すべて介助		
	視力	1. 普通 2. 見えにくい 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない		
	聴力	1. 普通 2. 聞こえにくい 3. 耳元で大声 4. 全く聞こえない		
	言語	1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 発言のみ 4. 全く話せない		
	記憶	1. 年相応 2. 時々忘れる 3. ほとんど忘れる		
	体型	身長	cm	体重 kg
	喫煙	1. しない 2. する・していた(歳頃まで 1日 本程度)		
	飲酒	1. しない 2. する・していた(歳頃まで 種類; 頻度;)		
認知症状	1. 幻視・幻聴 2. 妄想 3. 昼夜逆転 4. 暴言 5. 暴行 6. 介護への抵抗 7. 徘徊 8. 火の不始末 9. 不潔行為 10. 異食行為 11. 性的問題行動 12. その他()			
治療中の病気	なし ・ あり()			
内服中のお薬	薬剤情報書、お薬手帳等の写しの添付可			
これまで かかった病気	(例)H28年 右大腿骨頸部骨折(〇〇病院)手術あり			
現在受けている 医療行為	1. 経管栄養(鼻腔・胃ろう) 2. インシュリン 3. 在宅酸素 4. 吸引 5. 人工肛門 6. 尿道カテーテル 7. 褥瘡(部位) 8. その他()			
健康保険	1. 後期高齢者医療 2. 国民健康保険 3. その他()			
生活保護	あり ・ なし	重度障害者医療費受給	あり ・ なし	
収入の状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ 障がい者年金 ・ 遺族年金 ・ 恩給		年額(概算)	
	その他の収入()		年額(概算)	

7 その他事項

- ・伊豆高原十字の園への申込み理由

- ・介護が必要になってからの生活歴、入院歴等

- ・介護者や家族の状況

- ・本人の状態

- ・その他(経済的な事情、特に介護において困っていることなど)

要介護1、2 又は申請中の方は下記事項もご記入ください

要介護1又は1の方が入居するためには、下記①～⑤のいずれかに該当する必要があります。ご自身の判断で該当すると思われる項目に 印 をつけてください。

- ① 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。
- ② 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。

※手帳交付の有無、障害の等級などを記載してください

- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 居宅サービス等の利用に関する状況などから、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある。

※利用サービス、利用頻度、利用期間などについて記載

入居申込時にご提出いただく書類（①～③は必須）

- ① 入居申込書(全4ページ)
ご不明な箇所は空欄でも構いませんが、担当ケアマネジャー様にご確認いただくなど、なるべくご記入をお願いします。
- ② 介護保険被保険者証(写し)
- ③ 介護保険負担割合証(写し)
- ④ 介護保険負担限度額認定証(写し)
- ⑤ 身体障害者手帳(写し)

入居申込書提出先 ⇒⇒⇒

郵送の場合は切り取ってご利用ください

〒413-0232

静岡県伊東市八幡野1028-4

伊豆高原十字の園 生活相談室 行

入居申込書在中

※以下のような場合は、ご連絡ください。

(1) 申込内容が変わった

- ・要介護度、介護認定有効期間が変更になった場合
⇒介護保険被保険者証(写し)を提出してください。
- ・本人の状況、介護者の状況が変わった場合
⇒入居申込書の再提出または変更内容をご連絡ください。

(2) 入居を希望しなくなった

- ・入居申込取り下げ書をご提出(郵送・FAX)いただくか、電話にて連絡をお願いします。

※ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

伊豆高原十字の園（生活相談室）

TEL0557-54-1613

FAX0557-54-2484

特別養護老人ホーム伊豆高原十字の園
入居申込取り下げ書

年 月 日

伊豆高原十字の園 施設長 様

届出者

住 所: _____

氏 名: _____

私は、先に提出した特別養護老人ホーム伊豆高原十字の園入居申込書を下記のとおり取り下げます。

記

1 申込日

_____年 月 日

2 入居申込者

住所: _____

氏名: _____

3 取り下げる理由

【確認事項】

- ・本書の提出(または電話連絡による取り下げ意思の確認)により、入居申込者名簿から削除されます。
- ・本書を提出(または電話連絡による取り下げ意思の確認)後も、状況が変わった場合は、再び入居申込みをすることができます。その際は、再度入居申込書をご提出ください。