

特別養護老人ホーム わらく入所申込書（変更届）
（介護老人福祉施設）

特別養護老人ホーム わらく
施設 長 様

この度、特別養護老人ホームわらくへの入所を希望しますので、下記のとおり申し込みいたします。
入所に際しては、貴施設の入所指針に添う事を承諾し、また、本入所申込書の内容の確認や介護状況等の情報把握のため、介護支援専門員や入所（院）中の施設等の関係者に問い合わせを行うことを了承します。

申込年月日	平成 年 月 日	受付年月日 (施設記入)	平成 年 月 日
フリガナ 利用者氏名	印	男 女	生年月日
現住所	〒 ー		
		電話	()
フリガナ 申請者氏名	印	続柄	連絡先
			Tel 携帯
申請者住所	〒 ー		

介護保険	要介護 1 2 3 4 5 . 申請中	被保険者番号					
	認定期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
健康保険	種別	記号・番号					
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手帳の種類 ・ 等級等 ・ 障害名						
収入状況	年金等の種類	金額 (年額)	円				
			円				
		合計	円				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	施設・病院名					
	<input type="checkbox"/> 施設又は病院に入所(院)中 ⇒	期 間	平成 年 月 から入所(院)中				
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()						
主治医	医療機関名	医師名	Tel ()				
居宅サービスの利用	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 以前に利用有り					
	居宅介護支援事業所名	Tel ()	担当者				
家族の状況 (介護欄には主たる介護者に○、介護の協力者に△を付けてください。)	氏 名	続柄	年齢	職業	同居 別居	住 所	介護
他施設への 申込状況	他施設への申込 (予定を含む)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	施設名	施設名					
	施設名	施設名					
	施設名	施設名					

健康状態	現在の疾病							
		医療的処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	既往症							
身体・日常生活状況	項目	該当するところに○を付けてください			起居	自分で可	一部介助	全て介助
	視覚	見える	見えにくい	見えない	歩行	自分で可	一部介助	全て介助
	聴覚	聞こえる	聞こえにくい	聞こえない	食事	自分で可	一部介助	全て介助
	言語	普通	やや不明瞭	不明瞭	排泄	自分で可	一部介助	全て介助
	意思の表示	できる	大体できる	できない	入浴	自分で可	一部介助	全て介助
	話の了解	できる	大体できる	できない	更衣	自分で可	一部介助	全て介助
					洗面	自分で可	一部介助	全て介助
認知症等	認知症の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	行動障害 ※該当するもの全てに☑してください。							
	<input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()							
入所申込理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護者が、高齢、障害、疾病等により、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、生計維持のため就労しており、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が、複数の介護や育児を行っており、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 家族が遠方に居住しており十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情で介護困難な状況にあり、かつ、住宅改修等改善が困難な状況にある <input type="checkbox"/> その他 ()							
特記事項	※当施設の入所判定委員会において、特に配慮して欲しいことがあればご記入ください。							

※ 入所申込書提出の際は、「介護保険被保険者証」、直近3ヶ月分の「サービス利用票及び別表」の写し（コピー）を添付してください。

※ 申込時と状況等が変わった場合には、速やかに変更届を提出してください。

※ □の欄は、該当するところに、☑を付けてください。

